

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1927

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

Antoine LACROIX

238

Né le 9 Mai 1901 à Saint-Hilaire (Allier)
Ancien Interne de l'Asile National des Convalescents
des Hôpitaux de Paris
Interne en Chirurgie à l'Hospice Paul-Brousse

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

**de la Torsion Intra-abdominale
des Trompes de Fallope**

Président : M. ROUSSY, Professeur

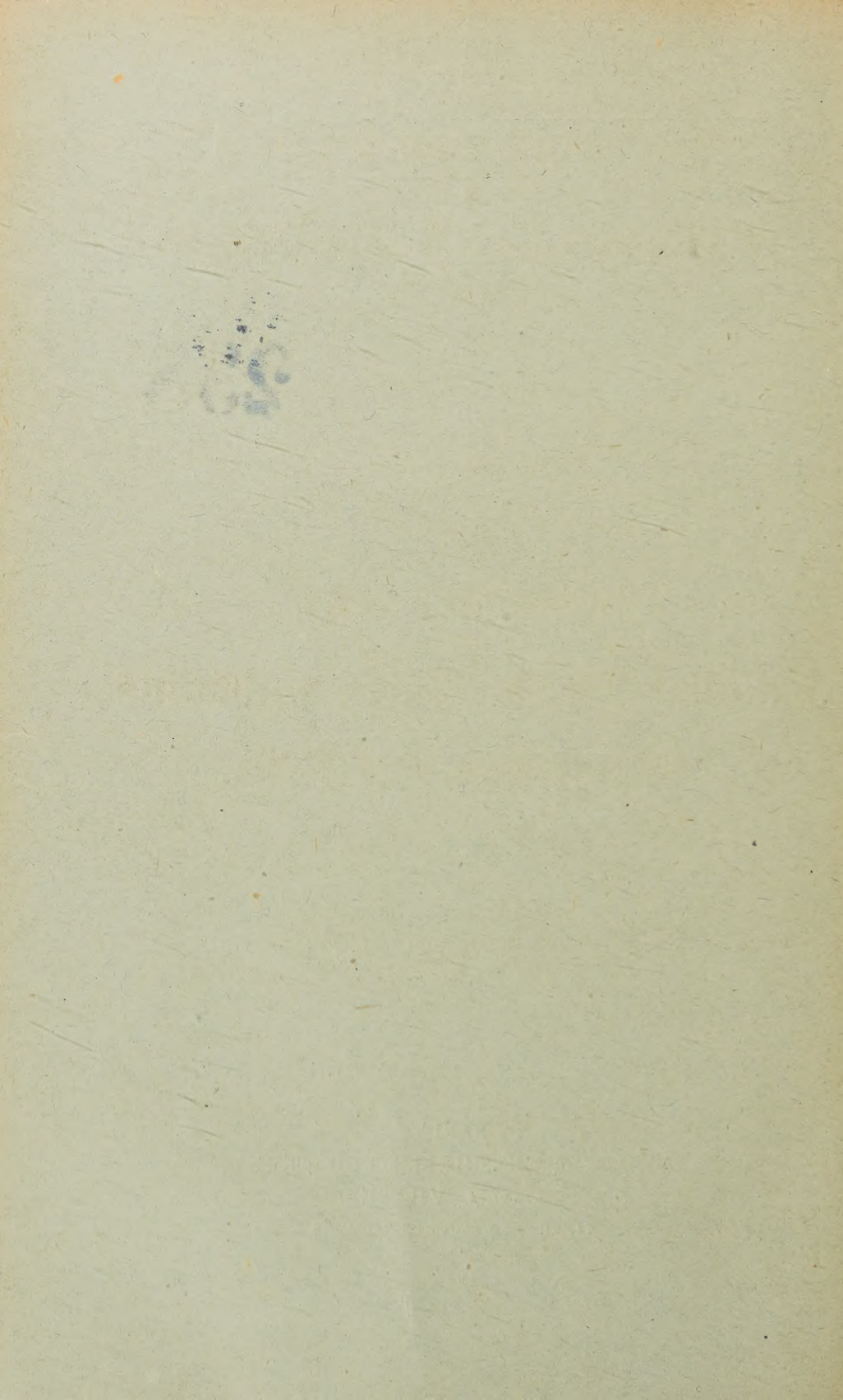
PARIS

LIBRAIRIE MÉDICALE ET SCIENTIFIQUE

MARCEL VIGNÉ

13, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE

1927



FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1927

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

238

Antoine LACROIX

Né le 9 Mai 1901 à Saint-Hilaire (Allier)

Ancien Interne de l'Asile National des Convalescents
des Hôpitaux de Paris

Interne en Chirurgie à l'Hospice Paul-Brousse

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

**de la Torsion Intra-abdominale
des Trompes de Fallope**

Président : M. ROUSSY, Professeur

PARIS

LIBRAIRIE MÉDICALE ET SCIENTIFIQUE

MARCEL VIGNÉ

13, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE

1927



LE DOYEN... M. ROGER

I. — PROFESSEURS

Anatomie	MM. NICOLAS
Anatomie médico-chirurgicale	CUNEO.
Physiologie	ROGER.
Physique médicale	STROHL.
Chimie organique et chimie générale	DESGREZ.
Bactériologie	LEMIERRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	Marcel LABBE.
Pathologie médicale	SICARD.
Pathologie chirurgicale	LECENE.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	PRENANT.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	CARNOT.
Hygiène	Léon BERNARD.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MENETRIER.
Pathologie expérimentale et comparée	RATHERY.
Clinique médicale	N... BEZANÇON ACHARD. WIDAL. MARFAN. NOBECOURT H. CLAUDE. JEANSELME. GUILLAIN. TEISSIER.
Hygiène et clinique de la première enfance	
Clinique des maladies des enfants	
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	
Clinique des maladies du système nerveux	
Clinique des maladies infectieuses	
Clinique chirurgicale	DELBET. HARTMANN. LEJARS. GOSSET. TERRIEN. LEGUEU.
Clinique ophthalmologique	
Clinique urologique	
Clinique d'accouchements	
Clinique gynécologique	COUVELAIRE. BRINDEAU. JEANNIN. J.-L. FAURE. OMBREDANNE. VAQUEZ. SEBILEAU. DUVAL. SERGENT. GILBERT. BRANCA.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	
Clinique thérapeutique médicale	
Clinique oto-rhino-laryngologique	
Clinique thérapeutique chirurgicale	
Clinique propédeutique	
Professeurs sans chaire	

II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

ABRAMI	Pathologie médicale.
AUBERTIN	Pathologie médicale.
BASSET	Pathologie chirurgicale.
BAUDOUIN	Pathologie médicale.
BINET	Physiologie.
BLANCHETIERRE	Chimie biologique.
BROCCO	Pathologie chirurgicale.
BRULÉ	Pathologie médicale.
CADENAT	Pathologie chirurgicale.
CHABROL	Pathologie médicale.
CHAMPY	Histologie.
CHIRAY	Pathologie médicale.
CLERC	
DEBRE	Hygiène.
I. de JONG	Anatomie pathologique.
DOGNON	Physique.
DONZELOT	Pathologie médicale.
DUVOIR	Médecine légale.
ECALLE	Obstétrique.
FESSINGER	Pathologie médicale.
GARNIER	Pathologie expériment.
GATELLIER	Pathologie chirurgicale.
HARVIER	Pathologie médicale.
HEITZ-BOYER	Urologie.

MM.

HOVELACQUE	Anatomie.
HUTINEL	Pathologie médicale.
JOYEUX	Parasitologie.
LABBE (Henri)	Chimie biologique.
LARDENNOIS	Pathologie chirurgicale.
LEMAITRE	Oto-rhino-laryngologie.
LEVY-SOLAL	Obstétrique.
LIHERMITTE	Pathologie mentale.
LIAN	Pathologie médicale.
MATHIEU	Pathologie chirurgicale.
METZGER	Obstétrique.
MONDOR	Pathologie chirurgicale.
MOURE	
MULON	Histologie.
PHILIBERT	Bactériologie.
QUENU	Pathologie chirurgicale.
RICHEL Fils	Physiologie.
SEZARY	Dermatologie et Syphiligraphie.
VALLERY-RADOT (P.)	Pathologie médicale.
VAUDESCAL	Obstétrique.
VELTER	Ophthalmologie.
VERNE	Histologie.

III. AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.

GOUGEROT	Pathologie médicale.
GUENIOT	Obstétrique.

M

DETERRÉ	Physiologie.
TANON	Pathologie médicale.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE

à titre permanent

MM.		MM.	
ALGLAVE	} Clinique chirurgicale.	LERI	} Clinique médicale.
AUVRAY		LOPEL	
CHEVASSU		MOCQUOT	Clinique chirurgicale.
LAIGNEL-LAVASTINE .	Clinique médicale.	PROUST	Clinique chirurgicale.
LE LORIER	Clinique obstétricale.	SCHWARTZ	Clinique chirurgicale.
LEREBoullet	Clinique médicale infantile.	VILLARET	Clinique médicale.

V. — CHARGÉS DE COURS

M. MAUCLAIRE agrégé	}	Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes.
FLEY		Stomatologie.
CAILLEY-BERT		Education physique.
POUX-LEBARD		Radiothérapie clinique.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES FAMILLE ET BELLE-FAMILLE

A MA FEMME

A MA FILLETTE

A MES COLLEGUES
ANCIENS ET ACTUELS

A MES AMIS

★
* *

A MON MAÎTRE

MONSIEUR LE DOCTEUR CHASTENET DE GÉRY

CHIRURGIEN-CHEF DE L'HOSPICE PAUL-BROUSSE

*qui nous inspira le sujet de
cette thèse et fit notre éducation
chirurgicale.*

A MON MAITRE

MONSIEUR LE PROFESSEUR ROUSSY
MÉDECIN-CHEF DE L'HOSPICE PAUL-BLOISSE
OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

*qui, présidant cette thèse, nous
continue une bienveillance et
une sollicitude qui nous furent
précieuses à l'hôpital et à la
Faculté.*

A MES MAITRES
DANS LES HOPITAUX DE PARIS

1920. Monsieur le PROFESSEUR CHAUFFARD

1921. Monsieur le PROFESSEUR DELBET.

Monsieur le DOCTEUR PISSAVY

Auquel nous devons la santé.

1923. Monsieur le DOCTEUR LÉON BABONNEIX.

dont l'appui nous fut d'une importance vitale et dont l'enseignement est si brillant, si cordial que ses nombreux élèves aspirent à l'honneur d'être ses amis.

1924. Monsieur le DOCTEUR MILIAN.

Monsieur le PROFESSEUR GUILLAIN

Monsieur le DOCTEUR ROBINEAU.

1926. Monsieur le PROFESSEUR BRINDEAU.

Monsieur le DOCTEUR CATHALA.

Monsieur le DOCTEUR LEVY-SOLAL.

1927. Monsieur le DOCTEUR CHIFOLIAU.

qui voulut bien nous confier pour cette thèse une observation inédite qui en rehausse l'intérêt.

A MES MAITRES
DANS LES HOPITAUX DE TOURS

qui m'accueillirent avec bonté lors de ma deuxième année de médecine pendant une longue convalescence et me firent bénéficier d'un haut enseignement.

Ma gratitude ira à tous également si j'en'avais une dette de reconnaissance spéciale envers

MONSIEUR LE DOCTEUR TILLAYE
CHIRURGIEN DE L'ASILE DE CLOCHEVILLE

qui m'initia à la chirurgie infantile.

A MON BON MAITRE

MONSIEUR LE DOCTEUR BERTHOUMEAU

MÉDECIN CHEF DE L'ASILE NATIONAL DES CONVALESCENTS
DES HÔPITAUX DE PARIS

qui me soutient encore d'une amitié agissante née pendant mon internat dans son service.

A MON EXCELLENT MAITRE ET AMI

MONSIEUR LE DOCTEUR CHANTEPIE

DIRECTEUR DU SANATORIUM F. MERCIER

A TRONGET (ALLIER).

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

qui m'enrôla comme interne pour me faire oublier que j'étais un malade.

A MON PREMIER MAITRE

A MON FIDÈLE AMI

MONSIEUR LE DOCTEUR CLAUDIUS LAURENT

MÉDECIN DES MINES DE ST-HILAIRE ET BUXIÈRES (ALLIER)

A MONSIEUR LE PROFESSEUR COUTIERE

PROFESSEUR DE ZOOLOGIE A LA FACULTÉ DE PHARMACIE
MEMBRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Sa science, son talent et son élévation de caractère honorent tous les « Bourbonnais » dont je suis l'indigne mais très reconnaissant interprète.

A MON MAITRE

MONSIEUR LE DOCTEUR JEAN LIERMITTE

PROFESSEUR AGRÉGÉ A LA FACULTÉ DE PARIS
MÉDECIN DE L'HOSPICE PAUL-BROUSSE

*dont chaque leçon fut pour nous
un régal.*

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ BLANCHETIERE

*dont les leçons sont aussi vivantes
et agréables que sa conversation.*

A MADAME LE DOCTEUR SIMONE LABORDE
CHEF DE LABORATOIRE DE CURIOTHÉRAPIE A L'HOSPICE
PAUL-BROUSSE.

Respectueusement.

A MADemoisELLE LE DOCTEUR G. LEVY
MÉDECIN-ADJOINT A L'HOSPICE PAUL-BROUSSE

Respectueusement.

A MONSIEUR LE DOCTEUR EDOUARD PEYRE
CHEF DE LABORATOIRE A L'HOSPICE PAUL-BROUSSE

A MONSIEUR LE DOCTEUR EUGÈNE DARIAU
CHIRURGIEN-ASSISTANT A L'HOSPICE PAUL-BROUSSE

A MONSIEUR LE DOCTEUR LEVY-LEBIAR
CHEF DE LABORATOIRE DE RADIOLOGIE A L'HOSPICE
PAUL-BROUSSE

Très cordialement.

INTRODUCTION

Limites de notre sujet.

L'étude de deux cas de torsion tubaire intra-abdominale nous invite à faire une revue générale de ce curieux phénomène.

Notre but est d'en isoler les symptômes afin que le diagnostic de torsion des annexes — le seul qui importe — soit plus souvent présent à l'esprit du chirurgien. C'est dire que nous ne nous soucierons de l'état antérieur de cette trompe que dans la mesure où il modifie l'aspect clinique, éclaire le mécanisme, classe les formes anatomo-pathologiques ou indique une conduite thérapeutique spéciale. Des deux cas que nous rapportons l'un nous a été communiqué par M. le docteur Chifoliau, chirurgien de l'hôpital Saint-Louis, qui l'avait rencontré dans sa clientèle de ville. La pièce opératoire mal conservée, pétrifiée, n'a pu, en dépit des efforts de notre ami Maurice Perrot, être examinée au microscope. C'est regrettable car l'opérateur a la conviction qu'il s'agit d'une trompe non infectée, ce qui viendrait grossir le nombre extrême-

ment restreint de torsions intra-abdominales de trompes saines.

Ceci nous amène à envisager et à discuter un point important qui est l'état de la trompe avant la torsion et l'importance qu'il faut attribuer à cet état normal ou pathologique.

Il nous semble qu'à ce sujet la question a été mal posée. Les premiers cas connus de torsion tubaire concernaient les hydro, pyo ou hématosalpinx. Puis on a rencontré des volvulus des trompes normales. Divers travaux importants ont été publiés à ce sujet, notamment ceux d'Auvray, de Laurant Darner, etc... (Comme le fait remarquer Auvray d'ailleurs, doivent être retenues les seules observations qui comportent un examen histologique).

Mais pourquoi s'étonner de la torsion d'une trompe normale et faire une classe à part des faits de cet ordre?... Qu'une trompe tordue se montre histologiquement saine, c'est-à-dire atteinte des seules lésions mécaniques ou réactionnelles qu'entraîne la torsion ou qu'elle présente les signes histologiques d'une salpingite catarrhale par exemple, quel intérêt cela peut-il avoir pour le phénomène de la torsion?

Aucun évidemment. Il n'y a pas de raison de considérer à part la torsion d'une trompe saine et celle d'une trompe dont l'altération préexistante est si peu marquée qu'il faille le microscope pour la reconnaître. En réalité l'affection tubaire ne peut jouer un rôle dans la torsion que lorsqu'elle a imprimé à l'organe des

modifications de forme, de volume ou de rapport qui favorisent cette torsion.

En outre, nous ferons remarquer que quand on parle d'une trompe normale il ne s'agit en somme que de la structure du canal salpingien. Or, il est très probable que cette trompe dite normale était anormale par sa forme (persistance des flexuosités de torsion fœtales) par son mode d'attache ligamentaire. Et il ne s'agit plus alors que d'une question de nomenclature à laquelle il ne faut pas donner trop d'importance.

Ce que nous eussions gagné en rareté par un examen histologique de la pièce donnée par M. le Dr Chifoliau, nous le rattrapons par la seconde observation qui, du point de vue de l'examen histologique mériterait d'avoir une place dans le cadre des torsions tubaires car c'est à notre connaissance le seul cas publié d'une torsion de trompes tuberculeuses.

En effet, nous avons compulsé les travaux les plus récents sur les torsions, avec la bibliographie y appartenant. Pas un auteur ne signale la tuberculose des annexes. D'aucuns y ont pensé : Cathelin en particulier, dans son mémoire (qui est à la base de tous les travaux sérieux sur la question) dit page 274 :

Inoculations : « Le sang contenu dans une salpingo-ovarite tordue a été inoculé sans résultats dans le péritoine de lapin, du rat et du cobaye... ». Auvray, dans son mémoire de septembre 1913 l'élimine aussi.

Devant l'insuccès de nos recherches du côté des travaux sur la torsion, nous nous sommes rabattu

sur l'innombrable littérature concernant la tuberculose génitale. Nous n'avons pas été plus récompensé.

Brouardel dit bien (page 31) : « Les trompes de Fallope étaient volumineuses, repliées sur elles-mêmes en zig-zag... », plus loin (observation III) : « Les trompes de Fallope, hypertrophiées, très dures, *noueuses* ressemblent par leur volume et leur consistance à l'intestin duodénum d'une poule ». Et toujours dans ces observations remarquables de précisions, de détails (qu'à beaucoup d'auteurs actuels gagneraient à imiter), on décrit des nouures, des bosselures, des sinuosités, des atrésies, des étranglements, mais jamais de torsion.

L'échec de nos recherches a conduit notre maître Chastenet de Géry et nous à présenter cette observation à la Société nationale de chirurgie et nous espérons que d'autres chirurgiens, plus heureux apporteront des cas semblables qui, ajoutés au nôtre, permettront à ce nouveau-né (le groupe des torsions de trompes tuberculeuses) de faire figure à côté de ses aînés, les groupes des torsions des trompes saines, des trompes kystiques, ou des trompes infectées.

Nous ne tirerons aucune vanité d'ailleurs de la rareté de ce cas car nous sommes bien persuadés qu'en médecine le cas intéressant est celui qui ressemble à une foule d'autres.

Cependant peut-être cette publication pourra-t-elle éclairer un peu le mécanisme de la torsion et aussi l'évolution de la tuberculose génitale.

Ce sont les avantages que nous avons voulu en tirer dans notre communication à la Société de chirurgie. Ici ce deuxième cas nous intéressera surtout pour l'étude de la torsion tubaire intra-abdominale.

OBSERVATIONS

Observation I.

(Due à l'obligeance de M. le Docteur Chifoliau, chirurgien de l'hôpital St-Louis à Paris).

Mme L... avait 43 ans en septembre 1925 (date à laquelle elle fut examinée). La dernière de ses deux enfants avait 7 ans. La malade n'avait jamais eu de fausse-couche. Ses règles étaient normales : elles duraient 4 jours, survenaient toutes les 3 semaines. Depuis longtemps son médecin lui trouvait un gros utérus.

Histoire de la maladie. — Le 4 juillet 1926 elle ressent de violentes douleurs abdominales avec irradiation dans la cuisse droite. Elle vomit, elle ne peut uriner spontanément. La température s'élève à 38°6. Le médecin traitant fait le diagnostic de salpingite après avoir pensé à l'appendicite.

Dans la suite, les douleurs sont calmées par des suppositoires belladonnés, mais la température persiste : elle oscille entre 38° le matin et 39° le soir.

Etat au 12 juillet. — A l'examen de l'abdomen on sent une tuméfaction remontant à trois travers de doigts au-dessus du pubis, à contours un peu indécis, mate à la percussion, peu douloureuse, sauf en un point précis situé au-dessous et en dedans du point de Mac Burney.

Au toucher vaginal, le col est remonté, repoussé en arrière : dans le cul-de-sac antérieur, très haut on atteint une masse

régulière, peu douloureuse, rémittente, placée en avant et contre l'utérus, se mobilisant avec l'utérus. Un point douloureux est nettement localisé à la partie la plus haute de cette tumeur, vers la droite. On pense à la torsion d'un fibrome ou d'un kyste. Les accidents très aigus au début sont allés en s'atténuant mais la température reste élevée, au-dessus de 38, la vessie paresseuse. Il n'y a pas de compression rectale ; les gaz intestinaux passent. Les urines sont claires ; les reins sont à peine douloureux.

Opération le 15 juillet 1926. — La température était descendue à 37°5 et l'état général était meilleur que le 12 juillet 1926. On incise suivant la ligne médiane, sous l'ombilic. La malade étant en position inclinée, on peut voir une tumeur noirâtre remplissant le cul-de-sac vésico-utérin et masquant l'utérus. Par son pôle externe elle adhère à l'appendice. Ponctionnée la tumeur contient du liquide noirâtre, sanguin. Elle est tordue à son pédicule latéro-utérin plusieurs fois dans le sens inverse des aiguilles d'une montre.

La torsion n'intéresse pas l'ovaire. Les annexes gauches sont normales, l'utérus un peu gros, en rétroversion. On procède à l'ablation des annexes droites et de l'appendice. On remet l'utérus en bonne position par une hystéropexie à la Doléris. Un drain est laissé dans le Douglas lors de la fermeture de la paroi en trois plans.

L'opérateur avait pensé au moment de l'intervention qu'il s'agissait d'un kyste parovarien tordu. Mais l'examen plus attentif de la pièce lui montra qu'il s'agissait en réalité de la trompe elle-même, à la surface de laquelle on reconnaissait une énorme hydatide de Morgani, oedémateuse.

Les parois de la trompe étaient considérablement épaissies et noirâtres dans toute leur épaisseur et dans l'intérieur de l'organe, il y avait du sang liquide noir. L'ovaire ne participait pas à la torsion.

La pièce mal conservée n'a pas été examinée histologiquement.

Guérison opératoire après des incidents de paroi.

Observation II.

(Présentée à la Société nationale de chirurgie par MM. Chastenet de Géry et Lacroix). Rapport de M. Auvray.

Mme V..., âgée de 29 ans, consulte pour des douleurs abdominales dont voici l'histoire.

Ces douleurs ont débuté il y a un an, en septembre 1925, après environ six mois de mariage et à l'occasion, paraît-il, d'un effort que fit la malade pour soulever un seau.

Elles siégeaient surtout dans les régions ombilicale, sous-ombilicale et lombaire; revenaient par crises de quatre à cinq jours séparées par des intervalles de calme de même durée, se montraient plus vives la nuit ou du moins dans la position couchée, s'accompagnaient de nausées, parfois de vomissements et avaient une forme assez mal définie. Du moins la malade ne peut-elle les définir. Elle indique seulement que quelquefois elle éprouvait l'impression d'un tiraillement allant de l'ombilic à l'anus, surtout dans les efforts de défécation.

Un médecin consulté dès le début des douleurs crut à une grossesse mais hésita à se prononcer à cause de la persistance des règles.

Un peu plus tard la malade ayant quelques douleurs dans les seins et, dit-elle, des « envies » se crut enceinte et consulta un spécialiste de Béziers où elle vivait alors.

Celui-ci pensa aussi qu'il s'agissait d'une grossesse malgré la persistance des règles nettement diminuées d'ailleurs depuis l'apparition des crises douloureuses. Une sage-

femme fut d'un avis contraire. Puis les douleurs persistèrent, les règles continuèrent à venir régulièrement chaque mois et toujours moins abondantes qu'autrefois. Toute idée de grossesse était abandonnée. Le seul traitement qui fut fait consista en injections et en applications vaginales de tampons médicamenteux.

Les antécédents de la malade sont d'un médiocre intérêt :

Son père est mort à 58 ans après trois attaques.

Sa mère est bien portante.

Elle a eu un frère tué à la guerre et deux sœurs. L'une de celles-ci est morte en couches, l'autre a eu neuf enfants, dont deux ont été extraits par césarienne.

La malade a toujours eu une bonne santé. Cependant, elle a été atteinte il y a un an d'une congestion pulmonaire qui a duré un mois. Sa voix est assourdie et voilée mais elle l'aurait paraît-il toujours été. Les règles se sont montrées pour la première fois à l'âge de 12 ans et demi. Elles ont été régulières et indolores. Il y a eu quelques pertes blanches.

L'examen pratiqué en septembre 1926 donne les résultats suivants :

La malade, de taille moyenne, est pourvue d'un léger embonpoint. Son ventre est un peu saillant. La paroi est épaisse et résiste à la palpation. Pas de tumeur ni de masse perceptible. Mais il existe une zone douloureuse à la pression, assez bien délimitée, large comme une paume de main, située au niveau de l'ombilic et immédiatement au-dessous et à droite de celui-ci. Entre cette zone et le pubis la douleur s'atténue et devient presque nulle.

Au toucher, col de nullipare conique, ferme, déplacé tout entier à gauche et regardant à gauche. On ne sent rien de net dans les culs-de-sac. Le double palper est difficile à cause de l'épaisseur et de la contracture de la paroi.

Cependant, on perçoit une masse arrondie suspubienne remontant à deux ou trois doigts au-dessus du pubis et qui paraît être soit un gros utérus, soit une tumeur annexielle plus ou moins fusionnée avec l'utérus et se mobilisant avec lui.

La nature exacte de cette masse abdomino-pelvienne ne peut être précisée. La présence d'une zone douloureuse juxta-ombilicale donne à penser qu'en outre l'appendice n'est pas indemne.

Opération le 22 septembre 1926.— Opérateur : Docteur Chastenet de Géry; Aide : Docteur Lacroix; Anesthésiste : Docteur Sorton.

Laparatomie sous-ombilicale médiane. En réclinant le grand épiploon et les anses grêles on aperçoit l'appendice à cheval sur le détroit supérieur. A première vue, il ne semble pas malade.

L'utérus plutôt petit est rétroversé. Derrière lui, en travers, le côlon iléo-pelvien. Entre l'utérus et le côlon, à gauche, apparaît un organe, gros comme le petit doigt, long de trois centimètres, rouge foncé, avec un revêtement séreux un peu dépoli et qui ressemble à un appendice ou à un diverticule enflammé.

L'utérus étant saisi et attiré en haut et en avant on aperçoit que l'organe dont il s'agit est le segment distal de la trompe gauche tordue sur elle-même.

La torsion qui est de 180° environ, s'est faite dans un sens inverse à celui de la marche des aiguilles d'une montre et sensiblement à la partie moyenne de la trompe. Celle-ci est filiforme au point même de la torsion, renflée au delà, tout à fait normale en deçà. Aucune adhérence. Le pavillon est fermé par soudure de ses franges. L'ovaire est petit, caché sous un repli du feuillet postérieur du ligament large, près de l'utérus.

Du côté droit des adhérences lamelleuses et denses unissent le côlon pelvien et une de ses franges épiploïques longue et très grasse à la trompe qui apparaît d'abord tassée sur elle-même. De la pointe des ciseaux fermés on libère le côlon. Au sein des adhérences, entre la trompe et l'intestin apparaît une petite masse de substance blanchâtre, onctueuse, analogue à une sécrétion sébacée et qui ne paraît contenue dans aucune enveloppe appréciable. Celle-ci enlevée, reste la trompe.

On en dégage le pavillon fixé dans le Douglas, on la déroule et on constate alors qu'elle est tordue sur elle-même mais cette fois dans le sens des aiguilles d'une montre (donc, en sens inverse de la trompe gauche) et qu'elle a fait un tour complet soit 360°. L'extrémité tubaire légèrement renflée et arrondie est fermée. La torsion a eu lieu à la partie moyenne. L'extrémité utérine est normale. L'ovaire est en place et normal.

On résèque les deux trompes très pédiculisées, un peu en deçà de la torsion, après simple ligature au catgut.

Ablation de l'appendice qui, réexaminé présente une vascularisation un peu anormale et un léger épaississement de la pointe. Méso gras et fixé de bout en bout au péritoine pariétal. Pas d'enfouissement du moignon.

Redressement en antéversion de l'utérus par raccourcissement des ligaments ronds dont le repli est fixé à la face antérieure de l'utérus à la manière de Dudley.

Comme les adhérences du Douglas saignent un peu on place un petit drain. Fermeture de la paroi en 2 plans séro-musculaire au catgut, cutané aux crins et agrafes.

La plaie s'était d'abord cicatrisée par première intention. Puis un abcès sous-cutané tardif par catgut a nécessité une désunion de la cicatrice cutanée; le plan musculo-aponévrotique restant intact. Le rapprochement secon-

daire par bandes de sparadrap a été suivi d'une cicatrisation rapide.

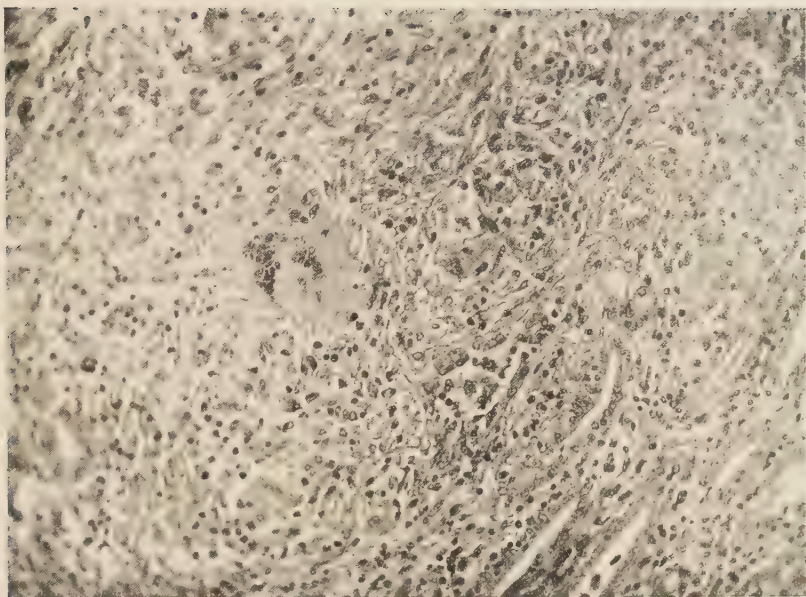
La malade a été revue le 21 mars 1927. Son état est somme toute satisfaisant. Cependant, elle signale la persistance de quelques douleurs lombaires et abdominales gauche, surtout au moment des règles. En outre, elle aurait un peu maigri quoique son embonpoint reste plutôt un peu au-dessus de la normale.

Le palper abdominal ne décèle rien d'anormal. Au toucher l'utérus est resté mobile et en antéversion mais il est nettement à gauche de la ligne médiane. Les culs-de-sac vaginaux sont souples.

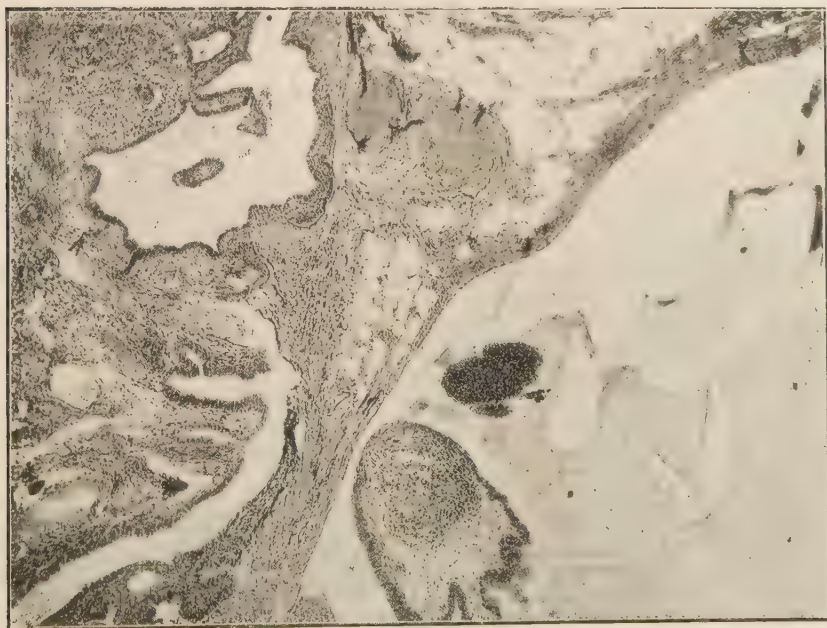
L'examen radiologique des poumons ne laisse percevoir aucune lésion si ce n'est un léger festonnement du diaphragme droit dans les mouvements respiratoires étendus et qui semble dû à des adhérences de la plèvre diaphragmatique de ce côté.

Après avoir opéré cette malade on était convaincu qu'il s'agissait de trompes normales. Le segment tubaire juxta-utérin n'avait subi aucune modification de forme, de volume ni d'aspect et le gonflement, la turgescence de la partie distale des trompes et même l'occlusion du pavillon paraissaient très raisonnablement pouvoir être attribués à la torsion. Il n'y avait aucune adhérence du côté de la trompe gauche sans doute plus récemment tordue et la péritonite plastique observée à droite ne pouvait être due qu'à l'ancienneté de la lésion. Par ailleurs le péritoine était tout à fait normal et ne présentait nulle part aucune granulation. Il n'y avait aucune sérosité dans la cavité péritonéale et on ne sentait pas de ganglions mésentériques ou rétro-péritonéaux.

L'examen histologique pratiqué au laboratoire d'anatomie pathologique de la Faculté par M. Maurice Perrot puis



TROMPE GAUCHE



TROMPE DROITE

par M. Leroux et par M. le Professeur Roussy nous causa une vive surprise.

L'examen *de la trompe gauche*, sur une coupe longitudinale pratiquée dans sa partie moyenne, montre une muqueuse normale. Mais dans les axes conjonctivo-vasculaires des franges et dans la sous-muqueuse présence de très nombreux nodules inflammatoires dont le centre est formé de cellules épithélicides avec une couronne discrète de lymphocytes et une réaction gigantocellulaire très manifeste. Sclérose discrète des plans profonds.

Sur une coupe transversale passant près du point de torsion, on note surtout des lésions de sclérose.

La trompe droite présente des lésions inflammatoires nodulaires analogues quoique moins nettement systématisées. Soudure de nombreuses franges tubaires. On note la présence de 2 ou 3 kystes du volume d'un grain de mil, bordés par un épithélium cylindro-cubique et pouvant assez vraisemblablement être interprétées comme des dilatations secondaires à la soudure complète des franges.

Sclérose très prononcée de la musculuse et de la séreuse.

En un point de cette trompe, implantés sur sa surface par un pédicule assez grêle, on remarque deux petits polypes que l'examen histologique montre formés par un kyste à contenu fibrineux, limité par une capsule fibreuse et un épithélium cubique à l'intérieur.

En résumé les deux trompes examinées se montrent atteintes par un processus indéniable de *tuberculose* sans tendance caséifiante avec au niveau de la trompe droite. soudure des franges tubaires et dilatations kystiques.

Quant à l'appendice, il ne présente à l'examen histologique aucune lésion inflammatoire en évolution. On note cependant la présence d'une surcharge graisseuse intense de la sous-muqueuse.

Il s'agit en somme d'un volvulus des deux trompes torquées en sens inverse l'une de l'autre, trompes macroscopiquement normales, microscopiquement tuberculeuses, la tuberculose latente étant une pure trouvaille de laboratoire et la torsion ayant évolué d'une façon chronique ou plutôt par poussées subaiguës.

Cette observation est, croyons-nous, fort instructive à plusieurs titres.

1^o La torsion tubaire qui a été l'objet de maints travaux depuis la première observation publiée par Bland Sutton en 1891, n'est plus considérée comme un accident très rare aujourd'hui, mais il est en tout cas absolument exceptionnel d'observer une torsion des deux trompes.

2^o Nous voudrions en outre mettre en évidence la forme anatomoclinique bien particulière de la tuberculose tubaire que nous avons rencontrée.

Au point de vue pratique et sans trop de paradoxe, on peut dire que la tuberculose génitale n'existe que lorsqu'elle se manifeste, cliniquement, par des symptômes fonctionnels et objectifs et opératoirement par des lésions visibles à l'œil nu. Or il semble que cette malade pourvue d'un bon état général n'ait présenté aucun trouble local en dehors de ceux qui peuvent être imputés à ses accidents de torsion. Et quant à l'état anatomique des trompes opératoirement constaté il était tout à fait normal, mis à part bien entendu les lésions qu'avait pu déterminer par elle-même la torsion. En particulier il est évident que les adhérences de la

trompe droite étaient postérieures à la torsion car on ne voit pas comment pourrait se tordre une trompe étroitement fixée à la paroi et à l'intestin voisins.

D'autre part, la sclérose qui accompagnait les lésions proprement tuberculeuses donne à penser qu'il ne s'agit pas ici d'une maladie à son début mais bien plutôt d'une affection déjà ancienne. Cette tuberculose a donc revêtu une forme latente, cachée, qui ne semble pas avoir été signalée par les auteurs et qui, cependant, n'est peut être rare qu'en apparence. Notre malade n'a été opérée que parce qu'elle avait des accidents de torsion et sa tuberculose, fort importante sans doute en soi, s'est trouvée n'être qu'un épiphénomène, une trouvaille et n'aurait peut-être jamais été connue sans l'opération qui n'était pas dirigée contre elle.

Il faut rapprocher cette forme de tuberculose tubaire de certaines tuberculoses appendiculaires qui ne modifient guère extérieurement l'organe, mais qu'on connaît mieux parce qu'il n'y a pas de chirurgie conservatrice de l'appendice et qu'on ne touche au contraire aux trompes que lorsqu'elles sont visiblement malades.

Nous avons donné pour commencer un cas de torsion sans nous occuper de sa nature. Nous avons continué par une torsion de trompes tuberculeuses, non augmentées de volume. Notre but étant de peindre un aspect général de la torsion des trompes, nous allons poursuivre par les résumés d'observations de torsions de trompes malades puis de torsions de trompes dites saines.

Exemple de torsion de trompes kystiques :

Observation III.

Deux trompes kystiques à pédicule tordu (par M. le Docteur Chastenet de Géry. Communication à la société d'Anatomie pathologique, séance du 17 février 1910).

Mme C..., ménagère à la Chapelle-Heulin, est âgée de 34 ans. Sa mère est morte de tuberculose à 43 ans.

Elle a eu la rougeole et la coqueluche à 6 ans, de la chlorose et un ictère de cause inconnue vers 17 ans. Elle a des rhumes fréquents et depuis l'enfance une constipation opiniâtre.

Son passé gynécologique est très court : les règles ont fait leur apparition vers 17 ans et sont toujours revenues depuis régulièrement. Les pertes blanches sont abondantes. Mariage à 23 ans. Aucune grossesse. La maladie pour laquelle je suis intervenu remontait à 12 ans. Mme C... affirme avec beaucoup de netteté que ses douleurs ont eu pour origine sinon pour cause, un coup de manche de fourche qui, à cette époque, l'a atteint dans la partie gauche du ventre. Avant le traumatisme elle était bien portante. Et c'est après l'avoir reçu qu'elle commença à éprouver des crises de douleurs abdominales siégeant précisément à gauche.

Je ne sais s'il faut attacher une grande importance à l'opinion de la malade quant à ce mode de début. Le traumatisme est un antécédent très banal dans un grand nombre d'histoires pathologiques. Cependant, nous sommes dans une telle ignorance à l'endroit des causes qui déterminent la torsion des tumeurs ou des organes abdominaux qu'il n'est que logique de recueillir tous les renseignements qui peuvent être de quelque utilité à ce point de vue.

Les premiers troubles furent donc de simples crises douloureuses à forme d'élançements qui duraient une demi-heure environ, ne s'accompagnant d'aucun phénomène reflexe et disparaissaient sans laisser de traces, pour reparaître au bout d'un temps variable et d'une façon tout à fait imprévue. Les médecins qui furent consultés alors ne constatèrent, paraît-il, rien d'anormal et ne purent soulager la malade.

Mais peu à peu les crises devinrent plus fréquentes, plus longues et plus graves, déterminant des vomissements et nécessitant un repos complet pendant plusieurs heures ou quelquefois un ou deux jours. L'opération qui fut conseillée alors par notre confrère M. Colo ne fut pas acceptée.

Cet état de choses persistait sans modifications appréciables quand, il y a six ans, survint une péritonite. C'est du moins le diagnostic qui fut alors porté. La maladie débuta très brusquement par une douleur excessivement vive dans le côté droit du ventre, des vomissements et de la diarrhée. Puis la douleur s'étendit à tout le ventre qui se ballonna considérablement et la diarrhée fit place à la constipation. La guérison fut complète au bout de trois semaines. Nous verrons l'hypothèse qu'on est en droit de faire au sujet de cette péritonite. J'en termine avec l'histoire un peu monotone des crises douloureuses siégeant à gauche et dont l'évolution ne fut nullement changée par la péritonite.

Je vis pour la première fois la malade il y a trois ans à la demande de mon ami, le Dr Jehanno. Une petite tumeur arrondie et très sensible au toucher que je sentis alors dans le cul-de-sac latéral gauche, me fit poser le diagnostic de kyste de l'ovaire à pédicule tordu. L'opération que je lui proposai fut rejetée par la malade qui ne s'est décidée à l'accepter que tout récemment au cours d'une crise plus particulièrement longue et pénible.

Les examens que je fis le 5 et le 6 février dernier avant d'intervenir ont été à peu près négatifs à cause d'une contracture extrêmement prononcée des muscles de la paroi abdominale. Je pus seulement reconnaître par le toucher que l'utérus était refoulé contre le sacrum par une tumeur qui semblait placée en avant de lui mais dont je ne pouvais apprécier le volume, la consistance et les connexions.

Voici le compte de mon opération.

Le ventre étant ouvert, les anses réclinées sous une compresse, j'aperçus aussitôt une tumeur violacée, plus grosse que le poing, mais piriforme et très longue, sur laquelle des cordons qui s'enroulent en spirale forment relief. L'attache assez étroite du pédicule se fait sur la corne gauche de l'utérus et sur l'S iliaque attirée vers la corne utérine. La tumeur est fluctuante. Il est facile de reconnaître un trompe kystique tordue. Je dis une trompe kystique et non un kyste de l'ovaire, car l'ovaire est parfaitement reconnaissable au niveau du pédicule et on peut suivre assez bien la trompe de bout en bout. La torsion s'est effectuée dans le sens des aiguilles d'une montre et elle est sensiblement de deux tours. C'est en somme presque tout le ligament large gauche qui s'est allongé, étiré et tordu. Il semble que par endroits la torsion ait provoqué un commencement d'ulcération et de gangrène des parties constituantes de la tumeur. Le péritoine pelvien a réagi. Il contient un peu de liquide citrin, la séreuse par place est dépolie. Il y a de très nombreuses adhérences mais lamelleuses et peu vasculaires, tendues entre les organes pelviens. La torsion commençant presque au ras de l'utérus et de l'intestin, je suis obligé de placer mes pinces contre ces organes. Néanmoins, les ligatures au catgut sont faites sans difficulté et je puis alors enlever la tumeur. Je croyais ma besogne terminée quand mon attention fut attirée du

côté droit où des pseudomembranes englobent les annexes et remontent jusqu'à la fosse iliaque droite. Contre la paroi du bassin, près du détroit supérieur et au voisinage de l'articulation sacro-iliaque, je sens une tumeur arrondie et de consistance assez ferme. Je la libère un peu des fausses membranes qui la recouvrent. Elle ressemble à un cæcum bas placé. Mais en remontant vers la fosse iliaque je trouve le cæcum à sa place et je peux suivre l'appendice engainé dans des feuillets lamelleux jusqu'à la petite tumeur pelvienne à laquelle il adhère par son extrémité. Continuant à disséquer à l'aide de la pince et des ciseaux, je constate que la trompe droite suivie à partir de l'utérus se transforme après un trajet de 2 centimètres et demi environ en un mince cordon fibreux, blanc, d'aspect cicatriciel qui aboutit en arrière à la petite tumeur signalée et sous-tend debout en bout un repli péritonéal fixé d'autre part sur le détroit supérieur. Sous ce repli formant tente se trouve l'ovaire droit. J'entreprends d'enlever la tumeur postérieure. Avec précaution, je cherche un plan de clivage pour la séparer du bassin en dehors, du côlon pelvien en arrière et en dedans, auxquels elle adhère intimement. J'arrive à l'énucléer et je sectionne le cordon fibreux; le bout de trompe normale se raccourcit alors et revient vers la corne utérine.

La tumeur grosse comme une petite mandarine et rénitente est évidemment un segment de trompe kystique. Il est infiniment probable qu'à une époque assez lointaine la trompe droite dilatée à son extrémité s'étant tordue, a subi à sa partie moyenne une atrophie qui l'a transformée en ce cordon fibreux que j'ai décrit et s'est fixé contre la paroi sous l'effet de la réaction péritonéale déterminée par la torsion. Cette hypothèse me paraît du moins expliquer d'une façon satisfaisante la disposition des organes et on peut trouver un argument en sa faveur dans l'histoire

de cette singulière péritonite dont la malade fut atteinte il y a six ans.

Je termine l'opération en péritonisant les surfaces cruentées aussi exactement que possible, et, un petit drain ayant été placé dans le Douglas, en fermant la paroi par trois étages de suture.

Il y a dix jours que cette intervention a eu lieu; la malade va très bien, Le drain a été enlevé le deuxième jour, les fils le huitième. La température n'a pas dépassé 37°6.

La torsion des hydrosalpinx passe pour être un accident rare. Personnellement je ne l'avais jamais vue. Dans le travail que Cathelin a publié sur ce sujet en 1901, il y a 41 observations. Le premier cas connu appartient à Henry Morris et remonte à 1891. Le premier cas français a été relaté par Pierre Delbet. Cathelin a dépouillé avec le plus grand soin ses 41 observations pour en tirer les éléments étiologiques, anatomiques et cliniques de son étude d'ensemble de la question. Les conditions étiologiques ne me paraissent présenter qu'un intérêt médiocre. Elles sont telles qu'on s'attendait à les trouver. C'est ainsi que la torsion de trompes kystiques se produit habituellement pendant la période d'activité génitale de la vie de la femme surtout entre 30 et 40 ans et que la grossesse est le plus souvent notée dans les antécédents, 32 fois sur 41 cas.

Au point de vue anatomique, le point saillant est celui-ci. Tous les kystes tubaires qui se sont tordus étaient développés aux dépens de la partie terminale de la trompe, je veux dire ampoule de Henle ou pavillon. Cela se comprend. Seuls les hydrosalpinx qui présentent cette disposition possèdent un pédicule assez long pour se tordre.

En clinique, la forme aiguë est banale; la forme latente à longue évolution est rare. Pendant assez longtemps on l'a niée. Je ne crois pas que Cathelin cite des cas de torsion des deux trompes.

Quant à la pathogénie, elle n'est basée que sur des hypothèses qui n'ont pas grande valeur et on peut dire qu'elle nous échappe encore complètement.

Le cas que je vous présente se distingue par le volume assez considérable de la tumeur — il est rare que les hydrosalpinx tordus atteignent de pareilles proportions — et surtout par la très longue évolution de la maladie. Le traumatisme qui a marqué le début des accidents mérite aussi d'être signalé.

Vous pouvez, Messieurs, en examinant les pièces, constater les détails de configuration extérieure que je vous ai signalés. La trompe gauche s'est détordue, mais il est facile de lui rendre sa forme primitive et le profond sillon du pédicule est parfaitement visible. L'ovaire qui a été enlevé en totalité est divisé en 2 moitiés à peu près égales par ce sillon et il avait donc participé lui aussi au mouvement de torsion qui avait entraîné tout le ligament large gauche. Vous voyez également attenant au petit kyste tubaire droit le cordon fibreux qui semble être le vestige de la partie moyenne de la trompe.

Je m'étais gardé d'ouvrir les trompes avant de vous les présenter pour ne pas en modifier l'aspect. Mais il est intéressant de le faire maintenant.

Contrairement à ce que je croyais à cause de la fluctuation bien nette que j'avais perçue, le contenu de ces trompes n'est pas la sérosité ordinaire des hydrosalpinx. Le kystubaire gauche contient un produit gélatineux blanc et homogène que je n'ai jamais vu dans une trompe. Le kystedroit a un contenu différent mais tout aussi singulier : C'est une sorte de mastic jaunâtre qui ressemble beaucoup à ce qu'on trouve dans certains kystes dermoïdes. Si c'est un kyste dermoïde, il n'est sûrement pas ovarien, car l'o-

vaire droit que j'ai laissé en place était distinct de la tumeur et tout à fait normal.

Nous avons choisi cette observation (bien que le travail le plus important sur la torsion des hydrosalpinx soit celui de Cathelin paru dans la *Revue de chirurgie* en 1901) parce que la torsion y est bilatérale et aussi parce qu'elle prend l'aspect d'un type clinique avec son début brusque, son évolution, etc...

Nous rapportons maintenant une curieuse observation présentée le 17 novembre 1923 à la Société anatomique de Paris par M. Laquière, interne des Hôpitaux. Nous la copions in-extenso à la page 705 du *Bulletin et mémoires* de la dite société (année 1923, volume XLIII) sans prendre à notre compte les conclusions qui la suivent.

Observation IV.

Un cas de torsion congénitale de la trompe (salpingite de Freund) avec kyste tubo-ovarien, par M. Laquière, interne des Hôpitaux.

Nous avons observé à l'hôpital Necker un cas de salpingite kystique de Freund. En voici l'observation :

Mme C..., âgée de 34 ans, entre dans le service du Docteur Robineau pour salpingite et métrorragies

Elle a présenté depuis la puberté des troubles génitaux. Régée à 14 ans, au début de chaque période menstruelle elle présente des douleurs intenses l'obligeant à s'aliter un jour ou deux.

Cette dysménorrhée s'accompagne de leucorrhée et d'anémie.

Mariée à 22 ans, elle n'a jamais eu ni enfant ni fausses couches.

A 30 ans, métrite avec pertes jaunes, puis des métrorragies surviennent dues à un polype enlevé par voie vaginale en 1921.

Après une courte amélioration elle entre à l'hôpital le 7 mai 1923.

Elle présente des métrorragies et des ménorragies abondantes des douleurs annexielles à la fin des règles, des pesanteurs lombaires. Elle réclame une intervention. L'examen montre des annexes douloureuses des deux côtés.

A droite, masse de la grosseur du poing; on porte le diagnostic de salpingite.

Opération le 11 mai (M. Robineau). — Laparatomie médiane sous-ombilicale, utérus normal.

A gauche, ovarite et salpingite banales suppurées. On enlève les annexes gauches jusque dans la corne.

A droite, on enlève une grosse salpingite kystique avec kyste tubo-ovarien. L'ovaire sain est laissé. Appendicectomie.

Voici représentée la pièce anatomique. Le dessin est dû à l'habileté de notre collègue et ami Le Rasle.

La trompe kystique a une disposition curieuse : à l'union de l'isthme et de l'ampoule, le conduit tubaire a subi une torsion complète sur lui-même, formant une boucle au-dessus du kyste tubo-ovarien. Cette boucle est fixée par un tractus l'unissant au pavillon tubaire, tractus très net, résistant, soulevant le péritoine.

Le pavillon ne présente ni franges ni orifice abdominal. La dilatation kystique au-dessus de la torsion est de la grosseur d'un œuf d'oie. Il existe un rétrécissement au

niveau de la boucle. Il s'agit donc là d'une salpingite kystique par torsion de la trompe.

Ces modifications anatomiques n'ont pas de caractère inflammatoire. Il s'agit nettement de malformations congénitales analogues à celles décrites par Freund¹, signalés par Pozzi² et Lawson Tait³ etc...

Elles expliquent la dysménorrhée, les troubles génitaux très marqués, l'absence de grossesse que relate l'observation de cette malade.

Voilà deux observations de trompes kystiques :

Elles s'opposent :

1° Par l'atteinte des deux côtés dans l'observation III, d'un côté dans l'observation IV.

2° Par le début brusque dans le 1^{er} cas. Par un commencement tellement insensible dans le deuxième qu'on croit à des lésions congénitales.

3° Par une évolution tout à fait différente, subaiguë pour la malade de M. Chastenet de Géry, chronique latente pour celle de M. Laquière.

Mais les kystes ne sont pas toujours aqueux. Ils sont parfois purulents. Cette purulence semble gêner la torsion par les adhérences qu'elle cause entre les trompes et les organes voisins. Il existe cependant des récits où la purulence semble avoir précédé la torsion. Très souvent sans doute l'infection du kyste a été postérieure à la torsion de la trompe.

1. Freund, *Volk, Samml, Rlin, Vortr* 1889, n° 323.

2. Pozzi, *Traité de gynécologie*, page 811-853.

3. Lawson-Tait, *Brit. méd. Journ.* 1887, t. I. page 825.

La thèse de Maillard sur la torsion des salpingites nous donne « l'embarras du choix » entre de très intéressantes observations. Nous choisissons celle de Jacobs car elle nous présente cet avantage de rapporter l'histoire d'un pyosalpinx chez une syphilitique et comme nous n'avons pu trouver des cas de torsion de salpingite syphilitique, nous nous dédommageons en publiant le cas d'une salpingite sans doute banale chez une syphilitique.

Observation V.

(Jacobs cité par Maillard)

Bulletin de la Société belge de gynécologie et d'obstétrique 1896.

J'ai l'honneur de vous présenter les pièces anatomiques d'un cas intéressant de fibrome utérin avec altérations annexielles bilatérales.

Elles présentent une anomalie que je n'avais jamais rencontrée jusqu'à ce jour. L'histoire de la maladie est des plus instructive à cause de sa rapidité d'évolution.

Il y a trois mois, Mme X... vient me consulter pour une petite ulcération qu'elle portait sur la face externe de la petite lèvre gauche. Cette ulcération était assez profonde et à bords très nettement découpés.

Les cautérisations étant restées sans effet, je crus avoir affaire à une manifestation syphilitique et en conséquence je soumis la malade à un traitement ioduré interne.

L'ulcération guérit rapidement. J'avais constaté lors de mon premier examen que la malade portait un fibrome utérin interstitiel assez volumineux qui lui occasionnait des douleurs pelviennes assez vives.

C'est une personne de 46 ans, secondipare. A cause de

l'infection syphilitique présumée j'abandonnai toute idée d'intervention immédiate.

Je revis la malade environ un mois après. Son état général s'était considérablement modifié. Elle maigrissait rapidement, se plaignait d'inappétence, d'insomnies occasionnées par des douleurs pelviennes, constantes dans la fosse iliaque gauche.

L'examen nous décèle l'existence d'une vaste tumeur annexielle gauche (salpinx). Nous soumîmes la malade à un traitement palliatif pendant quelques jours au bout desquels une tumeur annexielle s'était développée du côté droit. Ces deux tumeurs étaient très volumineuses, fluctuantes, douloureuses. Etat général mauvais. Fièvre le soir.

Nous engageâmes la malade à se faire opérer, ce à quoi elle consentit quelques jours plus tard.

L'opération (15 juin 1896) fut laborieuse à cause de la situation élevée du fibrome et des adhérences contractées par les annexes. Elle fut pratiquée par la voie vaginale : morcellement partiel du fibrome extraction en bloc de l'utérus et des annexes.

Pendant les manipulations nous ouvrimés un vaste abcès de l'ovaire droit ce qui donna issue à une grande quantité de pus fétide.

Malgré cet incident, après l'ablation complète et la toilette du pelvis nous remplacâmes immédiatement les pinces à forcipressure par autant de ligatures et nous fîmes extemporanément la fermeture de la voûte vaginale au moyen de 3 points de suture, c'est-à-dire que, malgré l'écoulement de pus, pendant l'opération, nous ne fîmes aucun drainage.

Les suites opératoires furent apyrétiques et aujourd'hui la malade est en convalescence.

Pièces anatomiques. — Uterus à parois très épaisses, la cavité est complètement déviée à droite. Dans la paroi utérine, au niveau du fond, se trouve un gros fibrome interstitiel en partie morcelé.

Les annexes droites sont déchiquetées; lésions : vaste pyosalpinx et abcès de l'ovaire.

Annexes gauches. — La trompe est énormément distendue en massue. A environ 3 centimètres de l'utérus, elle présente une torsion complète sur son axe.

La portion voisine de l'utérus est variqueuse et présentait au moment de l'opération une coloration verdâtre rappelant la gangrène. Au delà du point de torsion, la trompe se dilatait en boudin, ayant son plus grand développement au niveau du pavillon : contenu purulent.

Cette trompe tordue était prête à se rompre et Jacobs voit là une origine possible des péritonites pelviennes.

La torsion des salpingites ressemble beaucoup à celle des hématosalpinx, des grossesses tubaires qui d'ailleurs, tout de suite après la torsion, ne tardent pas à devenir pyosalpinx. Dans ce groupe, un élément symptomatique domine tout; l'état de grossesse, le retard des règles. Du point de vue anatomique on trouve des villosités choriales qui signent le diagnostic.

Peut-on appeler hématosalpinx l'envahissement des trompes par du sang des règles, phénomène dû à une imperforation, hyménéale par exemple ?...

Auvray en rapporte dans son magnifique mémoire

de 1912, deux cas où l'épanchement du sang jusqu'alors endigué par l'hymen entraînera une chute dans le Douglas des trompes vidées du sang qui les emplissait par refoulement. Ces malades opérées par Chaput sont mortes toutes les deux. L'autopsie de l'une d'elle montra à Mouley qui le rapporte en 1898 dans le *Bulletin de la Société anatomique de Paris* que la trompe droite était tordue six fois sur elle-même tandis que la trompe gauche l'était seulement cinq fois. La deuxième malade nécropsiée montra à Dalmon et Monnet en 1904 une double torsion également.

Jusqu'alors nous n'avons rapporté que des cas de torsion de trompes atteintes de tumeur liquide. L'observation qui suit traite d'une torsion de trompe atteinte de tumeur solide (un carcinome). Elle est due à Varnek qui la publie en 1895 dans les *Archives de la Société de gynécologie et d'obstétrique*.

Observation VI

Torsion de trompe par cancer, par Varnek. (*Archives de la Société de Gynécologie et d'Obstétrique*, 1895).

Le 29 août 1893, entra dans mon service une cuisinière âgée de 43 ans. Elle se plaignit d'une métrorragie et de douleurs dans le ventre.

La famille est saine. Avant 17 ans elle fut atteinte d'une pneumonie, elle souffrait souvent de douleurs dans le ventre et depuis longtemps elle abusait de l'alcool. Régliée à 18 ans, les règles venaient toutes les 3 semaines pendant

8 jours, très abondantes mais sans douleurs. Dans les derniers temps la menstruation était devenue beaucoup plus abondante. Elle avait eu 3 enfants; le dernier il y a 12 ans après les couches elle se portait bien. Le 19 août, au soir, elle *avait porté un grand panier* : la nuit elle avait eu d'atroces douleurs dans le ventre, de la fièvre et des douleurs pendant la miction. Le 21 août survint une métrorrhagie. Pas de vomissement. La malade est très anémique, épuisée et d'une constitution assez faible; les reins sont atrophiés.

Le ventre est ballonné et au-dessus de la symphyse on reconnaît une tumeur fluctuante, peu mobile, dure et grosse comme le point. Le cul-de-sac droit est un peu refoulé on y sent un cordon qu'il est impossible de rattacher à la tumeur. Dans le cul-de-sac antérieur et un peu à gauche, on sent la partie inférieure de la tumeur. Plus bas dans le cul-de-sac gauche, on sent la trompe enflée, douloureuse qui se dirige en arrière du cul-de-sac droit. L'utérus est volumineux, il se trouve dans sa position normale mais il présente des altérations dues à une métrite chronique. Pouls 92, assez faible; les artères un peu dures; la température est normale et les autres organes ne présentent rien d'extraordinaire.

Diagnostic : kyste de l'ovaire droit avec torsion du pédicule et salpingite gauche. La malade ne se décide à l'opération proposée qu'au bout d'une semaine. La métrorrhagie cessa le lendemain mais les douleurs restèrent les mêmes.

Le 7 septembre. — Opération. La cavité abdominale ouverte nous avons trouvé deux tumeurs dans le bassin : la tumeur droite, un kyste tubo-ovarien se trouvait un peu en avant de la corne gauche de l'utérus; elle était soudée avec la surface antérieure du fond de la matrice. La tumeur gauche, la trompe gonflée était située en arrière et à droite de l'utérus et réunie à la face postérieure du

ligament large, droit et au cul-de-sac de Douglas. Les deux pédicules étaient tournés 1 fois 1/2 autour de leur axe.

Pendant l'opération la tumeur droite se rompit et son contenu d'une couleur rouge foncé se répandit, entra dans la cavité abdominale. Ligature des pédicules et ablations des tumeurs. Le pédicule gauche fut suturé superficiellement avec le catgut, tandis que le pédicule droit fut laissé sans sutures.

Nous avons trouvé encore des adhérences entre les intestins et le ligament large droit, mais comme ces adhérences étaient assez fortes et ne présentaient aucun obstacle pendant l'opération et même avant l'opération, elles ne causaient aucun inconvénient par leur présence, nous les avons laissées intactes, la paroi abdominale fut réunie comme toujours.

La plus sérieuse complication dans la période post-opératoire fut le vomissement. Malgré l'état général satisfaisant, malgré la température normale les vomissements persistèrent depuis le lendemain de l'opération jusqu'à la mort.

La malade eut des selles après lesquelles les vomissements devinrent un peu faibles. Il y eut même deux jours où elle vomissait seulement 2, 3 fois par jour. L'appétit bon, la plaie abdominale se cicatrisa par 1^{re} intention.

Le 17^e jour après l'opération, les vomissements s'aggravaient, la malade allait mal à la selle, le ventre devenait gonflé et sensible. Le 18^e jour les vomissements avaient une odeur fétide et le lendemain contenaient des excréments. Un lavement administré 2 fois provoqua une selle; les vomissements devinrent moins abondants mais le 21^e jour ils s'aggravèrent de nouveau.

La malade se plaignit de vives douleurs dans le ventre qui était très sensible à la pression, surtout dans la fosse

iliaque droite. Le pouls quoique très faible était tout à fait régulier, comme il n'y avait aucun doute que nous avions à faire à une occlusion intestinale quoique incomplète nous nous décidâmes d'entreprendre une laparatomie que j'exécutai le 26 septembre à midi.

L'incision fut faite sur la cicatrice de la paroi abdominale qui était assez dure; quand la cavité abdominale fut ouverte, il devint clair que l'épiploon était soudé avec la surface postérieure de la cicatrice; les intestins étaient très ballonnés, mais leur couche séreuse était tout à fait pâle et luisante. L'occlusion incomplète des intestins était occasionnée par une adhérence de 2 anses intestinales avec le pédicule droit qui n'était pas suturé superficiellement, une anse était soudée par sa surface périphérique et sa voie était libre, l'autre anse soudée à angle aigu contenait aussi des excréments et des gaz mais son calibre était bien restreint.

Après avoir détaché ces adhérences ainsi que celles que nous avions laissées intactes à notre première intervention chirurgicale, les bords de la plaie furent réunis par des sutures.

Après l'opération les vomissements ne cessèrent pas et à 3 heures de l'après-midi survint la mort. A l'autopsie il fut impossible d'apprendre quelque chose de positif. Dans la cavité abdominale nous n'avons trouvé ni une hémorragie, ni un exsudat quelconque; le rétrécissement d'intestin que nous avons séparé pendant notre seconde opération était très peu prononcé. L'utérus était gros mais sa cavité tout à fait normale. La préparation que nous avons faite à notre première opération présente les détails suivants : Les 2 trompes sont volumineuses; la trompe droite communique immédiatement avec le kyste de l'ovaire (kyste tubo-ovarien). La membrane muqueuse

à partir du bout utérin de la trompe jusqu'à son bout abdominal ne présente aucune altération visible. Mais les ampoules sont remplies de papilles qui ressemblent à des choux-fleurs. Dans la trompe gauche ces papilles ont des pédicules.

On peut bien examiner la structure carcinomateuse de ces papilles sur 2 microphotographes exécutés par M. N. Nikiforoff, professeur d'anatomie pathologique à l'Université de Moscou à qui j'exprime ici ma plus vive reconnaissance.

Comme ni dans l'utérus, ni dans les ovaires il n'y avait aucune altération carcinomateuse, il faut considérer ce cas comme un carcinome primitif des trompes.

Selon moi on peut expliquer l'issue fatale par un shock pendant la seconde intervention opératoire; il eut été de beaucoup préférable de ne pas entreprendre cette opération : l'occlusion incomplète d'intestin aurait probablement cédé aux moyens thérapeutiques prolongés.

Cette observation fait par sa rareté pendant à la nôtre. Elle montre bien que toutes les trompes peuvent se tordre.

Au cours de la grossesse, cet accident peut également survenir. Auvray en rapporte trois exemples dans son mémoire de 1912. Celui que nous reproduisons a été présenté par le Dr Cabanes à la Société d'obstétrique et de gynécologie d'Alger. Séance du 12 avril 1924.

Observation VII.

Torsion de la trompe utérine au 9^e mois de la grossesse.
(par M. Cabanès, 508, XIII, 1924).

J'ai observé récemment un cas de torsion de la trompe droite chez une primigeste. Il m'a paru intéressant de le

relater, par analogie — lointaine il est vrai — avec les cas signalés à la société de chirurgie par Dujarier, Michon et d'autres.

Mme X, 23 ans, primigeste au 9^e mois qui doit accoucher vers le 30 janvier 1924, a eu une grossesse normale jusqu'en octobre 1923. Elle a accusé à cette époque de légères douleurs au niveau de la fosse iliaque droite. Elles ont disparu après quelques heures de repos et la malade en a perdu tout souvenir quand elles se réveillent brusquement vers la fin de décembre, localisées, violentes, au même niveau. Quelques vomissements les accompagnent. Nous voyons la malade le 28. Pouls bien frappé, battant à 70, température à 36°8. La palpation au point de Mac Burney décèle une douleur et une défense très nettes élargies jusqu'à l'arcade crurale. L'utérus volumineux est tendu comme en contraction. Aucune tumeur appréciable au toucher ou au palper. La malade a des selles quotidiennes, normales. Elle a de l'anorexie et de l'insomnie depuis trois jours; elle remue constamment dans son lit, ne trouvant jamais, comme un calculeux une position de repos. Nous ordonnons le lit en permanence et une diète sévère sans affirmer le diagnostic d'appendicite présentement le plus probable mais discutable. Les jours suivants même état. Les douleurs que la glace ne calme pas sont continues, le pouls et la température identiques, les symptômes locaux persistent, l'anorexie augmente, l'insomnie persiste, absolue malgré les calmants administrés. Seule la morphine donne un repos de quelques instants. La malade est très fatiguée.

Devant la persistance de cet état le 4 janvier nous décidons d'opérer la malade qui n'a toujours pas eu la moindre déviation de température. L'intervention acceptée après l'avis de notre maître, M. le Professeur Crillet, qui a bien voulu nous assister, est pratiquée le 5 janvier. Température 37°. Pouls 64.

Anesthésie à l'éther. Incision de Mac Burney. D'emblée nous tombons sur une masse ardoisée et lie de vin vite reconnue. C'est la trompe tordue dans le sens des aiguilles d'une montre par 2 tours de

A l'extrémité externe, elle a le volume d'un petit œuf, on reconnaît bien les franges du pavillon; elle est tordue à l'union de son tiers interne et du tiers moyen. Là elle a la grosseur du petit doigt.

De gros vaisseaux turgescents rampent sous le péritoine de ce tiers interne et des parois au niveau de la torsion. Ligature et section de la trompe à un centimètre de l'utérus. L'ovaire sain qui ne participe pas à la torsion est respecté.

Au-dessous de la trompe enlevée nous apparaît le cæcum, également sain.

Réunion par 1^{re} intention.

Suites normales. Accouchement normal 20 jours plus tard, la trompe utérine très congestionnée porte au niveau du pavillon et à son centre un caillot, c'est une cavité kystique de la grosseur d'une noix. Les parois de cette cavité examinées par le Dr Murat n'ont révélé que du tissu fibreux.

Dans sa thèse, Jean Rabier, considérait que la torsion des trompes ne pouvait se produire qu'après une altération de cette trompe. En 1902, on ignorait le volvulus des trompes saines. Il a fallu le magistral mémoire du professeur Auvray en 1912 pour attirer l'attention des chirurgiens français sur cette malformation. L'auteur insista sur la nécessité de faire l'examen histologique des trompes tordues afin d'isoler parfaitement le groupe des trompes non infectées.

Nous résumerons tous les cas qui nous sont connus. Comme type nous prendrons l'observation de Laurant Darner parue en mars 1926 dans *The American Journal of Obstetrics and Gynecology*. Elle est très complète. Il y manque cependant la mention des travaux français, ceux d'Auvray en particulier...

Observation.

Torsion of the normal Fallopian tube, *by Lauren Darner, M. D., Rochester, N-Y. (From the Gynecological Department of the Johns Hopkins Medical School).*

Histoire de la maladie. — Miss M. E. K., âgée de 13 ans, une écolière fut admise le 1^{er} janvier 1924 à l'hôpital Johns Hopkins. Elle se plaignait d'une douleur dans le quadrant inférieur droit de l'abdomen. L'enfant était née à terme, sans intervention obstétricale et sa croissance ultérieure fut parfaitement normale.

Les antécédents familiaux ne présentent aucun intérêt. La rougeole a été la seule fièvre éruptive et la malade avait eu une amygdalite aiguë à l'âge de neuf ans.

Il n'y a pas souvenir d'oreillons. Le commencement des règles date de novembre 1923. Le flux cataménial dura 3 jours et fut normal par ailleurs. Elle a été en complète aménorrhée depuis lors.

La maladie actuelle commença soudainement à la fin d'un après-midi cinq jours avant son admission, quand la malade avait eu une violente et brusque douleur dans la fosse iliaque droite. La mère constata que la malade avait été shokée et qu'elle se plaignit immédiatement d'une douleur semblable à une colique dans tout le côté inférieur droit de l'abdomen. Ce fut calmé par des appli-

cations chaudes mais les malaises persistèrent. Elle eut quelques nausées mais pas de vomissements. L'appétit resta satisfaisant. Les selles continuèrent régulières et suffisantes.

La douleur du début de la présente maladie n'augmenta pas. La malade avait été couchée depuis le début. Il y avait eu une légère élévation de température. La malade fut amenée à l'hôpital, parce que son état empirait progressivement en dépit du traitement.

A l'examen, la température était à 100. 6°, le pouls à 92, et la respiration à 20. On ne trouva rien d'anormal à l'examen somatique. Il y avait une sensibilité extrême dans tout le quadrant inférieur droit. Il n'y avait pas de contraction musculaire ni rigidité et pas d'hypersensibilité au-dessus du point de Mac Burney. Le signe de Rovsing était négatif. A l'examen du pelvis, l'hymen fut trouvé intact. Un toucher vaginal ne fut pas fait, mais au toucher rectal on sentit une masse indéfinie, d'une consistance pâteuse (mastic) qui était extrêmement sensible à la pression, qui était très haut, en dehors dans le cul-de-sac droit. Rien dans les urines. Les leucocytes comptés étaient au nombre de 14.800. Le diagnostic clinique était appendicite aiguë avec abcès appendiculaire,

On se prépara immédiatement pour une laparatomie. Avant que l'on ne prépare l'abdomen pour l'opération, un toucher rectal fut fait pendant que la malade était sous l'anesthésie à l'éther. A ce moment, l'utérus était bien situé en antéposition et était parfaitement mobile. L'ovaire gauche pouvait être aisément senti. Il était de la taille d'une amande, ferme et librement mobile. Dans le cul-de-sac droit il y avait une masse parfaitement mobile de la grosseur d'une saucisse, d'environ 7 centimètres de diamètre. On considéra que c'était quelque lésion de la trompe

ou de l'ovaire droits sur l'exacte nature de laquelle on ne pouvait se prononcer avant l'opération.

L'abdomen fut ouvert suivant la ligne médiane, sous-ombilicale (suprapubie). Il y avait environ 300 cc. de sang teinté, séreux, fluide dans la cavité péritonéale. L'appendice fut trouvé absolument normal. Le tiers distal de la trompe droite était terriblement distendu, avait une apparence noire-bleuâtre et les franges étaient manifestement dilatées et cyanotiques. Il n'y avait pas de long pavillon accessoire. Attachée à la masse globuleuse tubaire était une petite vésicule hydatique qui était aussi extrêmement cyanotique. Les tiers moyen et proximal de la trompe avaient été tordus 3 fois et demi dans le sens des aiguilles d'une montre. L'ovaire droit fut trouvé au-dessous de la masse tubaire. Il était parfaitement normal comme aspect, volume et apparence et son pédicule n'avait pas été tordu. Le ligament tubo-ovarien droit n'était ni étiré ni tordu et il n'y avait pas de varices non plus dans aucune région du ligament large. Les annexes gauches et l'utérus étaient parfaitement normaux. Aucun follicule n'était récemment rompu dans l'autre ovaire. La trompe fut enlevée, avec un coin de la corne utérine, le saignement étant arrêté par des ligatures au catgut. Une boucle du ligament rond fut attirée au-dessus de la corne utérine. L'appendice fut enlevé et l'abdomen fermé. Exceptée une infection superficielle de l'angle supérieur de l'incision, la convalescence de la patiente fut sans incident. Il y eut une période menstruelle parfaitement normale commençant le 5^e jour après l'opération et durant 4 jours. La malade sortit le 21^e jour après l'opération, se sentant parfaitement bien.

La malade fut examinée régulièrement pendant un an depuis l'opération. Il n'y eut pas de récurrence des symptômes pré-opératoires. Les règles sont réapparues régulièrement

chaque mois depuis l'opération, normales comme durée et comme alluré. Il n'y a pas de dysménorrhée.

L'étude microscopique des nombreuses coupes de la masse tubaire montra les habituelles trouvailles de pareilles lésions. La séreuse avait presque complètement disparu. La musculuse était infiltrée de nombreuses, récentes et anciennes hémorragies. Les veines apparaissaient dilatées et remplies de sang. Le tissu conjonctif était œdématié et infiltré avec du sang extravasé. L'épithélium aussi montra un considérable œdème et une dégénérescence marquée. Il y avait de nombreuses hémorragies sous-muqueuses. La paroi de la trompe était considérablement amincie, plus qu'à l'état normal. La lumière de la trompe était extrêmement dilatée et remplie de caillots de sang frais et vieux. Il n'y avait pas trace de lésion inflammatoire de la trompe (ancienne ou récente). On ne fit aucune découverte microscopique de grossesse tubaire ou de néoplasme. L'étude microscopique des nombreuses coupes de l'appendice ne montra aucune lésion pathologique.

Des observations très semblables à celle-ci sont dues à Auvray (1912 et 1913), Cassidy et Norburg, Davie, Dujarier, Mac Hleoy, Hausen, Michon, Morel, Nigel, Norris, Roger, Stark, Schweitzer, Rocher et Jeanneney (pour ne citer que les observations bien classées par l'histologie). Elles suffisent amplement à prouver l'existence de la torsion de trompes saines et à infirmer par suite les affirmations pour le moins hâtives de Jean Rabier.

FORMES CLINIQUES

Les observations qui précèdent ont eu pour but d'esquisser l'aspect général de la torsion des trompes et aussi de classer ces phénomènes pathologiques suivant l'état du canal salpingien.

Outre ces formes anatomo-cliniques, on peut envisager maintenant cette entité morbide suivant trois aspects :

Une forme aiguë.— L'observation de Laurant Darner peut en être le type. Le début a été brusque; violent allant jusqu'à la syncope. En dépit du traitement il a fallu opérer au bout de quelques jours tant était grande encore la douleur.

Une forme subaiguë. — L'exemple du Dr Chifoliau en est le type : on obtient un léger « refroidissement » qui permet d'opérer avec plus de sérénité.

Enfin la forme chronique avec le beau cas de Laquière ou le nôtre. La malade traîne, souffre. Des diagnostics divers sont posés. Des thérapeutiques variées et toujours inopérantes sont instituées jusqu'au jour où « l'on va y voir ».

HISTORIQUE

Nous avons montré un certain éclectisme dans le choix de nos observations. Nous avons tâché de faire connaître les moins connues (qui ne sont pas toujours les moins intéressantes). Nous aurions aimé publier une vieille observation dont les termes imagés plaisent à l'esprit. A notre grand regret notre historique — bien inférieur en cela à beaucoup d'autres — ne remontera pas à Hippocrate, pas davantage à Arétée ou Avicenne. C'est que la première torsion de trompe reconnue a été opérée par Henry Morris qui voulait guérir un hydrosalpinx. C'est Bland Sutton qui en publia le protocole opératoire dans son livre sur les maladies chirurgicales des ovaires et des trompes de Fallope, ouvrage paru en 1891.

Puis en 1892, Pierre Delbet intervint dans un cas semblable et il fallut le grand sens chirurgical de notre maître pour lui faire reconnaître une lésion qu'il n'avait encore jamais vue, ni sur le vivant, si sur le cadavre ni... dans les livres.

En 1892 Napier, Veit, Forselles font connaître de pareilles affections chez des opérées.

Puis en 1893 Strogonoff, en 1894 Hartmann et Reymond apportent leur contribution à cette étude. En

1898 la thèse de Maillard voit le jour. En 1901 Cathelin fait paraître son mémoire dans la *Revue de chirurgie*. Le « fini » de ce travail attira beaucoup l'attention des chirurgiens. Pozzi fit faire la thèse de Jean Rabier en 1902 sur la même question.

Enfin Auvray en 1912, à propos d'un cas personnel, fit le tour de la question de la torsion des trompes saines. Il y revint en 1913.

Les chirurgiens étrangers se sont beaucoup intéressés au phénomène. Hansen en Allemagne, Davie, Roger, etc... dans les pays de langue anglaise.

Et voici les cas de Dujarier, Michon, Cabanes, de Rocher et Jeanneney...

Enfin en 1927, Vasseur traite des amputations spontanées des trompes, ce qui fixe certainement un point de l'évolution des torsions de trompes.

A l'heure actuelle, traiter ce sujet paraîtrait superflu si le besoin ne se faisait sentir de bien grouper les symptômes, de tracer l'esquisse des lésions propres à la torsion et de saisir le mécanisme du phénomène.

ÉTIOLOGIE. — MÉCANISME. — PATHOGÉNIE.

Jean Rabier croyait avec Pozzi que l'altération de la trompe était une condition indispensable de la torsion. Notre dernière observation montre qu'il n'en est rien. Cependant les arguments de Rabier, de Legueu méritent d'être cités. « Pour expliquer le mécanisme pathogénique de la torsion salpingienne on en est encore réduit aux hypothèses écrit Rabier; tout ce qu'il est permis d'affirmer c'est que certaines conditions anatomiques et pathologiques jouent le rôle des facteurs adjuvants dans la production de cet accident. Il faut avant tout que la trompe soit malade, augmentée de volume, qu'elle forme une tumeur deux ou trois fois plus grosse que l'organe à l'état sain; c'est à cette condition que la poche pourra se créer un pédicule aux dépens de l'aile moyen du ligament large. Impossible à l'état normal puisqu'il n'existe alors aucune trace de pédicule, la torsion ne peut s'effectuer que si la masse se pédiculise. Or cette pédiculisation ne peut s'effectuer que si l'organe change de volume, s'hypertrophie, *monte dans l'excavation* entraînant le repli péritonéal correspondant. C'est alors seulement que les conditions secondaires pourront intervenir et produire la torsion ».

Nous avons souligné « monte dans l'excavation » car ce membre de phrase fait entrevoir un mécanisme simple de la torsion pendant la grossesse.

Les conditions secondaires sont :

La *mobilité*. — Legueu écrit dans la *Presse médicale* en 1900, n° 6, p. 39 :

« Il faut que la salpingite soit mobile, c'est-à-dire dépourvue d'adhérences. C'est une condition indispensable et cependant dans presque toutes les observations il est fait mention d'adhérences de la trompe avec les parties voisines. Mais dans tous ces cas les adhérences avec l'intestin, avec l'épiploon étaient récentes, tardives, secondaires à la torsion et provoquées par l'étranglement ».

Enfin on fait encore jouer un rôle à la *minceur*, la *longueur* des attaches ligamentaires. Ce sont là des dispositions congénitales. Il en est d'autres. Avec Auvray nous attachons une grosse importance à ces flexuosités, à ces torsions de la trompe pendant la vie fœtale, sinuosités qui peuvent persister comme malformations à l'âge de la puberté comme le montre bien l'observation de Laquière.

Causes prédisposantes qui, pour créer la torsion, ont besoin d'une action dynamique surajoutée.

Faut-il avec les premiers auteurs croire à l'action du péristaltisme, de la pression des organes abdominaux?..

Faut-il avec les auteurs contemporains attacher une grosse importance au péristaltisme propre de la trompe?...

Nous pensions bien que ces actions légères sont suffisantes pour faire tordre une trompe dilatée, en équilibre instable mais nous pensons que ce sont là des facteurs insuffisants pour le volvulus d'une trompe saine ou d'apparence saine comme les trompes tuberculeuses dont nous avons parlé au début.

Dans bien des cas un traumatisme, un effort peuvent être incriminés. Dans notre observation la malade avait vu commencer ses malheurs après un effort en portant un seau; après un effort encore une malade de Warnek commence à souffrir. C'est un coup qui déclanche les phénomènes morbides chez la malade de l'observation III.

Et pour les autres cas, plusieurs remarques primordiales doivent être faites :

1° L'âge des sujets. Les malades sont ou bien à l'âge de la puberté, ou bien à la ménopause.

2° Celles qui sont entre ces deux âges, extrêmement favorables à un état de congestion chronique sont ou bien au moment de leurs règles (malades d'Auvray) ou bien grosses malades d'Aulthorn, d'Hartmann, de Lecène, de Tabanes) mais toujours, toujours le petit bassin est dans un état congestif net.

Ces observations ont pour but d'expliquer pourquoi nous sommes tant séduit par la théorie de Payr.

On sait en effet que Payr a été capable de produire expérimentalement la torsion d'une masse (d'un disque) autour d'un pédicule composé de 3 tubes de caoutchouc l'un représentant l'artère, les deux autres les

veines de retour. Si ces trois tubes subissent une même pression interne, la torsion se produit. Ceci revient à dire que si les veines, au lieu de servir de voie de retour, sont ou obstruées ou comprimées, la torsion peut se produire. On conçoit combien ces phénomènes peuvent se rencontrer en pratique ! Ce qui éclaire parfaitement cette théorie physico-biologique ce sont les 2 cas opérés par Chaput. La variation, la perturbation due à l'épanchement du sang causa de telles modifications de pression que les trompes se tordirent six fois. (Le record comme nombre de tours). Ces observations ont la valeur d'une expérience. C'est pourquoi nous nous rattachons entièrement à la théorie de Payr pour la majorité des cas et en particulier pour la torsion des trompes non augmentées de volume.

Nous admettons cependant que les autres causes mises en évidence par les auteurs peuvent accessoirement jouer un rôle.

Si la pathogénie est variée, l'anatomie pathologique l'est beaucoup moins.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

A l'ouverture du ventre on voit une tumeur reliée à l'utérus par un pédicule.

1^o La tumeur siège généralement sur le tiers externe de la trompe. On la trouve souvent dans le Douglas; quelquefois dans le cul-de-sac latéral homologue de la trompe, rarement dans le cul-de-sac vésico-utérin (Chifoliau). Sa forme est globuleuse, parfois oblongue, en forme de saucissè, d'aubergine. Elle est dépolie, noir-bleuâtre. Souvent elle fait penser à de l'intestin étranglé (Delbet), à un appendice enflammé (Chastenot de Géry) à un kyste parovarien tordu (Chifoliau). La taille est variable. La plus petite tumeur à notre connaissance est celle que nous avons opérée avec M. Chastenot de Géry. D'autres étaient comme une amande. La plupart avait la taille d'une orange. Il va de soi que la torsion ne fait qu'augmenter le volume d'une tumeur préexistante.

Cette tumeur est rénitente. Elle contient du liquide généralement sanglant.

2^o Le pédicule est généralement variqueux, cyano-tique.

L'examen histologique est aussi toujours semblable à lui-même. Reproduire celui de M. Sabrazès (cas de Rocher et Jeanneney) c'est répéter à peu de chose près celui de Laurant Darner. Le voici cependant : « Morceau de la poche dilatée d'apparence kystique au niveau du point de dilatation maxima. On reconnaît une armature conjonctive dont il ne persiste que les fibres collagènes sans noyaux reconnaissables ou avec quelques ombres nucléaires. On reconnaît aussi des vaisseaux dans lesquels le sang est coagulé et les hématies tassées. *Beaucoup de vaisseaux sont gorgés de sang* : on en trouve qui affleurent la cavité ; il n'est pas surprenant que ces vaisseaux aient été rompus et aient provoqué un hématosalpinx. On reconnaît très mal les fibres musculaires lisses, leurs noyaux sont devenus incolores, leur tissu est comme craquelé. Bref, paroi distendue dont il ne reste qu'un squelette fibreux et des vaisseaux gorgés de sang. Il est des régions beaucoup plus endommagées : dans ces segments les mailles de collagène sont relâchées, ce collagène est effrité. Beaucoup de noyaux incolores, d'autres sont grossièrement érythrophiles. Cet aspect rappelle les lésions des volvulus ».

Un second examen histologique pratiqué par le Dr Sabrazès est superposable au premier : « Dans la trompe on reconnaît des ombres de faisceaux de fibres musculaires dissociées et infiltrées d'hématies dans sa totalité ; comme éléments blancs, on ne retrouve que quelques leucocytes polynucléés et quelques lympho-

cytes mélangés de sang. Les autres cellules sont à l'état d'ombre. Le tissu est d'ailleurs tellement friable que les coupes le désagrègent. La muqueuse n'est plus reconnaissable. Pas de tubercule visible; pas de territoire caséeux, pas de tumeur ».

En résumé, disparition de la muqueuse, refoulement, distension de la musculuse, exfoliation de la séreuse, telles sont les lésions propres de la torsion. Il existe cependant certaines fois des lésions plus différenciées. Nous en citerons comme preuve l'examen de la seconde pièce d'Auvray (1913) faite par notre vénéré maître Roussy :

« On a prélevé pour l'examen microscopique des fragments de la trompe portant sur la partie la plus interne, la partie moyenne (dans la région tordue), la partie externe attenante à la poche kystique en enfin différentes portions de la paroi du kyste. Sur les préparations internes de la trompe utérine on note partout un processus de nécrose et d'hémorragie extrêmement prononcée. Par endroits les vaisseaux sont fortement dilatés, ailleurs ce sont de fortes nappes hémorragiques infiltrant de toutes parts les parois salpingiennes et faisant irruption dans la tumeur de la trompe. Enfin, tous les éléments fortement atteints de nécrose se colorent difficilement, ce qui fait que la muqueuse et les cryptes glandulaires se distinguent difficilement.

Les lésions se retrouvent avec la même intensité sur les différents fragments de la trompe, exception faite

cependant pour la partie la plus interne où les processus d'hémorragies ou de nécrose sont moins prononcés. *A ce niveau existent dans les parois, des cellules inflammatoires mononucléaires, épithélioïdes et quelques rares cellules géantes. De par les caractères de ces éléments inflammatoires et l'absence de polynucléaires il est vraisemblable qu'il s'agit là d'une réaction secondaire et contingente résultant de la torsion primitive et non d'une lésion de salpingite antérieure à la torsion (c'est nous qui soulignons).*

Enfin la paroi de la poche est représentée par une charpente conjonctivo-musculaire renfermant par endroits quelques cryptes glandulaires et tapissées en certains points sur sa face interne par un épithélium cylindrique. Ici encore les tissus sont fortement nécrosés. »

Que deviennent ces tissus? Si la torsion est très serrée, ils se nécrosent et l'amputation spontanée de la trompe peut se faire. Si la torsion est moins intense, il se produit de la sclérose; la torsion devient chronique, la tumeur s'indure, diminue de volume (notre cas).

Il importe également de fixer le nombre de tours. Il est essentiellement variable: 1/2, 1, 2 tours dans les cas ordinaires, 4 tours et demi dans un cas de Warnek, 6 tours pour l'opéré de Chaput.

La trompe droite semble plus souvent tordue que la gauche, peut-être parce qu'un syndrome douloureux droit tente plus le bistouri du chirurgien qu'un gauche.

Nous avons trouvé seulement cinq cas de torsion bilatérale (dont 2 sont dus à M. Chastenet de Gély).

Le sens est extrêmement variable. Sens des aiguilles d'une montre à gauche, sens inverse à droite semblent la règle qui souffre de nombreuses exceptions.

Le *degré de la striction* est également variable : c'est certainement ce qui joue le plus grand rôle dans l'évolution des phénomènes.

Les lésions des organes voisins sont intéressantes. Des adhérences ne tardent pas à fixer l'organe migrant. Souvent des *anses intestinales* sont bloquées par elles.

L'*ovaire* participe rarement à la torsion.

Masmonteil rapporte un cas de torsion de l'*utérus* simultané à la torsion de la trompe.

Du point de vue *bactériologique* les tumeurs tordues sont peu intéressantes. Hartmann a trouvé les cocci banales de l'intestin et des organes génitaux. Notre ami Maurice Perrot avait cru voir des bacilles de Koch dans les coupes de la trompe gauche de Mme V... Il s'est ravisé et ne se croit plus autorisé à en parler. Le fait est cependant à signaler, car une pareille présomption dans un nouveau cas vaudrait presque une certitude...

Sans nous attarder davantage nous abordons la symptomatologie.

SYMPTOMATOLOGIE

Les trois formes débutent de la même façon par une douleur aiguë, à la suite d'un effort, d'un heurt ou même sans commémoratif net.

Cette douleur siège généralement dans la fosse iliaque du côté malade, au-dessus du pubis quand la torsion est bilatérale. Les irradiations se dirigent vers le bas : rectum, vulve, membres inférieurs.

C'est une sensation de tiraillement, de torsion qui empêche la malade de trouver une place confortable : aussi s'agite-t-elle comme un calculeux (Lauran Darnier, Cabanes) contrairement à la douleur appendiculaire qui demande l'immobilisation.

Cette douleur est *continue* mais sur un fond de malaise se greffent des paroxysmes qui sont extrêmement aigus dans certaines formes et peuvent amener des syncopes...

Ces crises apparaissent par périodes régulières dont on ne saisit bien le rythme que dans les formes chroniques (observation II, tous les cinq jours).

Il existe d'autres signes fonctionnels. Des vomissements, du hoquet, des nausées mais moins marqués que dans l'appendicite. Ce sont des vomissements

réflexes qui cessent généralement dès que l'estomac est vidé. Ils ne sont pas aussi durables que dans les affections abdominales. Les phénomènes pelviens dominent : rétention d'urine, débâcles diarrhéiques suivant la position de la tumeur (dans l'observation I, ce sont les phénomènes vésicaux qui étaient nets, car la masse était antérieure).

Rarement les gaz sont arrêtés.

La malade a un aspect anxieux, tourmenté. Elle remue dans son lit. Son pouls est fréquent, petit au moment des paroxysmes. Sa face pâlit et se recoloré brusquement. Il y a de la fièvre, même dans les cas de torsion de trompe saine; sans doute par résorption sanguine, sans doute par infection secondaire comme le laisse supposer le compte rendu histologique du professeur Roussy.

L'examen décèle une certaine défense pariétale dans la région douloureuse.

Le palper permet souvent de sentir la tumeur. Le toucher vaginal n'est pas toujours possible. Le toucher rectal en tous les cas localise la masse salpingienne et ses pôles douloureux.

Enfin — et nous ne saurions trop y insister — le toucher combiné au palper abdominal *sous anesthésie* fixe mieux que tout sur la nature annexielle de la tumeur. Nous avons vu quel parti Laurant Darner en a tiré. Evidemment cette manœuvre est difficile à faire lorsqu'on est sans présomption mais rien n'empêche de la pratiquer quelques minutes avant l'intervention à l'ins-

tar du chirurgien américain. (Nous voulons bien croire cependant que ledit toucher rectal a été fait par un aide qui n'a pas pris part à l'acte opératoire.) C'est certainement un moyen d'investigation excellent.

Citerons-nous l'insufflation de la trompe avec injection de lipiodol?... Ce serait évidemment un bon procédé diagnostic mais combien dangereux !...

DIAGNOSTIC

Le diagnostic se présente avec une grosse différence de difficultés suivant que la malade a une tumeur salpingienne antérieurement connue — et là le seul diagnostic à faire est celui de la torsion — ou bien que la malade est une inconnue pour son chirurgien. Si ce diagnostic n'a jamais été fait dans les quelques cent observations que nous avons lues c'est qu'il s'agit d'une affection rare.

Le diagnostic de torsion l'a été souvent. C'est déjà beaucoup. La douleur et la tumeur à éclipses le posent automatiquement. La malade d'ailleurs dit souvent à son médecin : « Je sens quelque chose qui se tord ». On localise souvent à la sphère génitale cette torsion, mais immédiatement c'est le volvulus d'un kyste de l'ovaire qui vient à l'esprit.

C'est le toucher vaginal ou rectal sous anesthésie qui peuvent seuls éclairer le clinicien.

On éliminera l'appendicite, car le point douloureux est plus bas que le point de Mac Burney. On rejettera les abcès périappendiculaires qui ne sont pas mobiles au toucher rectal sous anesthésie.

On ne pensera pas au kyste de l'ovaire, plus gros, plus externe, plus ancien dans son évolution.

Le « cri du Douglas » décèlera l'hématocèle rétro-utérine par grossesse tubaire.

L'étranglement interne s'accompagne d'arrêt de matières et des gaz et affecte davantage l'état général.

Disons le nettement : malgré ce faisceau de symptômes que nous avons groupés aussi soigneusement que possible, le diagnostic de torsion des annexes est un diagnostic d'exception et d'élimination.

Se tromper n'a pas une grosse importance. Si l'indication opératoire est posée, le mal est réparé à moitié. Il l'est complètement si devant une appendicite atypique on ouvre sur la ligne médiane, ce qui permet de voir le corps du délit et de l'enlever.

L'idéal serait de le faire précocement car il peut survenir des complications

COMPLICATIONS. PRONOSTIC. ÉVOLUTION

La torsion peut amener la nécrose, le sphacèle, l'infection de la trompe et des organes voisins. Une salpingite tordue est menacée de rupture et peut causer une péritonite pelvienne (Jacobs). Une annexe tordue est un danger continuel, une souffrance perpétuelle. Elle doit être enlevée. Souvent la trompe s'ampute d'elle-même et peut même se greffer par sa partie distale sur le péritoine et les viscères adjacents (thèse de Vasseur). L'ablation deviendra indispensable par la suite.

TRAITEMENT.

C'est en effet la résection qui est la thérapeutique de choix. Un seul chirurgien, à notre connaissance, a pu détordre la trompe non sphacélée et la laisser en place.

L'avenir des opérés est bon. Les règles réapparaissent souvent : Il y a parfois des grossesses ultérieures lorsque l'on n'a enlevé qu'une trompe.

CONCLUSIONS

I. Les trompes de Fallope peuvent se tordre dans la cavité abdominale.

II. Les modifications de volume et de forme semblent favoriser cette torsion car la torsion des trompes kystiques ou abcédées est relativement fréquente tandis que la torsion des trompes non modifiées de volume ou d'aspect est très rare : Aux seize cas connus de torsion des trompes saines, nous avons ajouté une observation de tuberculose histologique non décelable macroscopiquement.

III. Outre les lésions anatomo-pathologiques propres à chaque affection des trompes tordues, il existe des lésions communes :

1° Infarctus de la trompe.

2° Disparition de la muqueuse.

3° Aplatissement de la couche musculaire pouvant conduire à la nécrose dans les formes aiguës, à la sclérose dans les formes chroniques.

IV. Quel que soit l'état antérieur du canal salpingien, la torsion des trompes présente des caractères communs dont l'intensité varie suivant que cette torsion est aiguë, subaiguë ou chronique.

1° La douleur (sensation de tiraillement, de torsion) siégeant dans la sphère génitale et avec irradiations dirigées vers le bas (rectum, membres inférieurs). Cette douleur procède par crises :

a) augmentant par exacerbations rapprochées dans la forme aiguë.

b) s'éclipsant d'une façon rythmée dans la forme chronique.

2° D'autres signes fonctionnels à prédominance pelvienne (rétention d'urines, constipation, ténésme ou bien débâcles diarrhéiques).

3° Des signes physiques peu pathognomoniques.

a) Déviation de l'utérus souvent modifié de volume.

b) Tumeur à siège variable, généralement douloureux au palper et au toucher vaginal et rectal; tumeur rénitente, solidaire de l'utérus mais généralement mobile.

c) Une atteinte de la santé générale en rapport fréquemment avec l'état même de la trompe. La fièvre existe cependant dans le cas de torsion de trompe saines.

V. Malgré ce faisceau de symptômes, le diagnostic de torsion tubaire n'a jamais été fait avant l'opération.

Il faut y penser en présence d'un syndrome doulou-

reux abdomino-pelvien chez la femme mais ce diagnostic ne peut vraiment se faire que par élimination.

VI. Le mécanisme est difficile à expliquer. L'étiologie ne s'impose pas davantage. On se borne à soulever des hypothèses que l'anamnèse présente à l'esprit. La théorie de Payr semble avoir plusieurs confirmations dans quelques faits que nous avons rapportés.

VII. Le traitement consiste dans l'ablation des annexes tordues. (Exceptionnellement l'état de la trompe a permis de la détordre et de la laisser en place). Cette ablation modifie rarement le régime des règles.

Vu, le Doyen, *Vu, le Président de la Thèse,*
H. ROGER. A. ROUSSY.

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
CHARLETY.

.....
BORDEAUX. — Imprimerie J. BIÈRE
18, 20, 22, Rue du Peugue. — 1927
.....

BIBLIOGRAPHIE

- Adatto.** — Contribution à l'étude de la tuberculose salpingo-ovarienne et des résultats éloignés de son traitement opératoire. (*Thèse de Paris* 1922, n° 197).
- Alleaume.** — Rapport de la tuberculose génitale chez la femme avec les malformations et les tumeurs de l'appareil génital. (*Thèse de Paris*, 1907-1908, n° 43).
- Anspach, Brooke (M.).** — *Am. Journ. Obst.*, 1912, IX VI, 553.
- Aulhorn.** — (*Voir ci-dessous* Auvray).
- Aubry.** — Les torsions des kystes ovariens, (*Thèse de Paris*, 1901).
- Auvray.** — Torsion spontanée de la trompe et de l'ovaire normaux avec une observation personnelle. (*Archives mensuelles d'obstétrique et de gynécologie*, 1912, t. II, n° 7, juillet).
- Nouveaux cas de torsion spontanée de la trompe saine. (*Archives mensuelles d'obstétrique et de gynécologie*, t. II, n° 9, 7 septembre 1913).
- Baum-Garten.** — *Virchow's Archiv.*, Bd 97-1884.
- Bell, William (B.).** — *Journ. Obst. and Gynecology*. Brit. Empire 1904. V. 514.
- Bland Sutton.** — *Surgical diseases of ovaries*, 1891, p. 526. London.
- Boursier et Auvray.** — *Précis de Gynécologie*, t. II, 3^e éd, livre IV, Maladies des Annexes, -p. 425 et 608.

- Brouardel (Paul, Camille, Hippolyte).** — De la tuberculisation des organes génitaux de la femme. (*Thèse inaugurale*, 1865, Paris. Mention honorable au prix Godard, 1886).
- Burrage.** — *A case of acute torsion of the Fallopian tube with hematosalpinx.*
- Busquet.** — *Thèse* de Bordeaux, 1904.
- Cabanes.** — Torsion de la trompe utérine au 9^e mois de la grossesse. (*Bulletin de la société d'obstétrique et de gynécologie* de 1924, XIII-508).
- Camus.** — *Thèse* de Paris, 1925.
- Cathelin.** — De la torsion des hydro-salpinx (avec 2 schémas et 2 figures hors texte). (*Revue de Chirurgie*, 1901, t. XXIII, p. 253 et 406).
- Chalot.** — *Annales de Gynécologie* 1887, p. 161.
- Chastenet de Géry.** — Deux trompes kystiques à pédicule tordu. (Communication à la Société d'Anatomie Pathologique, séance du 17 février 1910 et *Gazette médicale de Nantes* du 16 avril 1910).
- Chastenet de Géry et Lacroix.** — Torsion des deux trompes en apparence normales et histologiquement tuberculeuses. (*Société Nationale de Chirurgie*, avril 1927).
- Cohen (New-York).** — Torsion des annexes de l'utérus avant la puberté. (*The Journal of the American Medical Association*, vol. LXXX, n° 6, 10 février 1923).
- Coigneraï.** — La torsion du pédicule ovarien. (*Thèse* de Paris, 1900).
- Corner, Georges (W.).** — *American Journal Anatomy*, 1923, XXXII, 345.
- Cornil.** — Leçons sur l'Anatomie pathologique des métrites salpingites et des cancers de l'utérus faites à l'Hôtel-Dieu, recueillies par MM. Laffite et Toupet. Paris, Alcan; 1889.

- Damianos.** — (Voir Auvray ci-dessus).
- Daviet. (D. J.).** — *Brit. Med. Journal*, 1925, I, 657.
- Delbee** — *Bulletin de la société anatomique de Paris*, 1892).
- Destremont.** — Contribution à l'étude de la tuberculose tubaire et de ses formes fibro-plastiques en particulier, 1922. Paris.
- Dyrof.** — Péristaltisme tubaire. (*Zentralblatt für Gynakologie*, n° 34, 22 août 1925).
- Eseande.** — Contribution à l'étude de la torsion tubaire. (Thèse de Paris, 1926).
- Eunike (E. W.).** — *Zentralblatt für Gynakologie*, 1922, XVI, 1484.
- Fioravanti.** — *Réforma medica*,
- Forgue.** — *Paris médical*, 1922).
- Forgue et Massabuau.** — Torsion des annexes. (*Traité de Chirurgie*, Le Dentu et Delbet).
- Franckel.** — *Virchow's Archiv.*, Bd 91, p. 519, 1883.
- Ghinis.** — Salpingite tuberculeuse. Résultats éloignés du traitement chirurgical. (Thèse de Paris, 1922, n° 306).
- Golschmann.** — Tumeurs solides à pédicule tordu. (Thèse de Paris, 908).
- Grossmann.** — Sur le mécanisme de la torsion tubaire. (*Zentralblatt für Gynakologie, Leipzig*, 2 mai 1925, n° 18).
- Guillemin.** — 13 observations de tuberculose de l'ovaire, (*Revue de chirurgie*, 1894).
- Halm.** — Sur la torsion des trompes. (*Zentralblatt, Leipzig*. n° 22, 30 mai 1925).
- Hansen.** — Torsion de la trompe avec hématome. (*Zentralblatt für Gynakologie*, 1922 an. XLVI, n° 18, p. 707).
- Hartmann et Reymond.** — La torsion du pédicule de salpingo ovarites. (*Annales de Gynécologie* 1898, p. 160).
- Hartmann, Bergeret et Remilly.** — *Gynécologie et obstétrique*, janvier 1920.

- Jayle.** — La tuberculose des trompes. (*Presse médicale*, 1913).
- Jefferson.** — Torsion de la trompe. (*The British Medical Journal*, Londres, n° 3.391, 26 décembre 1925).
- Laemmle Kurt.** — *Zentralblatt für Gynak.*, 1923, XVII, 436.
- Laquière.** — Un cas de torsion congénitale de la trompe. Salpingite de Freund avec kyste tubo-ovarien. (*Bulletin et mémoires de la société anatomique de Paris*, 1923, XCIII, 705).
- Lauran Darner (M. D.), Rochester (N. Y.).** — *From the Gynecological Department of the Johns Hopkins Hospital and the Johns Hopkins Medical School*.
- Torsion of the normal Fallopian tube. (*Received for publication*, november 1925).
- *American Journal of obstetrics and gynecology.*, vol. XI, March 1926, n° 3, p. 368.
- (Published by C. V. Mosby Company, 3616, Washington blud, St-Louis, U. S. A.)
- Lea (A. W.).** — Tuberculose des trompes. (*North of England obstetrical and gynecological society*, 1905).
- Leguen.** — *Presse médicale*, 20 janvier 1900.
- Lejars.** — *Semaine médicale*, 1907.
- Lenormant et Moulonguet.** — *Gynécologie et obstétrique*, janvier 1920.
- Mae Hroy (Louise).** — Torsion de la trompe, son rôle dans l'étiologie de l'hématosalpinx en dehors de la grossesse ectopique. (*Journal of obstetrica and gynekologie of the British Empire*, t. XVIII, n° 6, décembre 1910, p. 368 et 378).
- Maillard.** — De la torsion des salpingites. (*Thèse de Maillard*, Paris 1898).
- Malius.** — *The Lancet*, avril 7, 1883.

- Masmonteil.** — *Bulletin de la Société anatomique de Paris*, 1919.
- Marshall Allan.** — *The Medical journal of Australia*, decem-ber 1925, p. 227.
- Maucelaire.** — Contractions péristaltiques et antipéristal-tiques des trompes de Fallope. (*Gazette des Hôpitaux*, 2 mars 1926).
- Meriel et Baillat.** — *Société d'Obstétrique et de Gynécologie de Toulouse*, séance du 3 mai 1925).
- Michael (P. R.).** — *Nederl Tijdschr*, v. *Gencesk*, 1924, II, 2.828.
- Michel, Benno.** — *Zentralbl. für Gynakologie*, 1922, XVI 905.
- Michon.** — *Lyon Medical*, 1925.
- Mouchotte.** — *Revue française de Gynécologie et Obstétrique* octobre 1920.
- Moreau et Van Bogaert.** — *Archives franco-belges de chi-rurgie*, novembre 1923.
- Murray.** — Cas of strangulation of normal Fallopiantube. (*Journ. Obst. and Gynecologie*, British Empire London, 1923, XXX, 222).
- Norris.** — Un cas de torsion des annexes normales. (*The American Journal of obstétrica and Diseas of Wornen and Children*, t. LXIII, n° 5, mai 1911, p. 850 à 855).
- Ortner.** — Torsion de la trompe utérine. (*Société d'obsté-trique et de gynécologie de Vienne*, n° 29, 17 juillet 1909).
- Payr, Erwin.** — *Deutsch, Ztschr, f. chir*, 1906, IXXXV, 392.
- Pozzi.** — Remarques cliniques et opératoires sur 30 lapa-ratomies. (*Traité de gynécologie clinique et opératoire*, t. II, *Annales de gynécologie*, avril 1880, t. XXXIII, p. 252 et suiv.
- Praeger (J.).** — *Arch. f. Gynak.* 1899, Iviu, 579.

- Rabier (Jean).** — Contribution à l'étude de la torsion des trompes. (*Thèse de Paris*, 1902-1903, n° 33, chez Maloine).
- Remilly (André).** — Sur 32 observation de femmes opérées pour tuberculose génitale. (*Thèse de Paris*, 1920, n° 356).
- Rocher et Jeanneney** (de Bordeaux). — Torsion intra-abdominale de la trompe saine (rapport de M. Auvray). (*Bulletins et Mémoires de la Société Nationale de Chirurgie*, p. 294 à 298 du tome, L. II, n° 10, 20 mars 1926).
- Rogers, Lambert.** — *Brit. Med. Journ.*, 1925, i, 778.
- Schakoff.** — Tuberculose génitale de la femme. (*Thèse de Genève*, de 1903).
- Senn.** — Mémoire sur l'état tuberculeux des organes génitaux de la femme avant la puberté et sur quelques altérations pathologiques que l'on y rencontre à cette époque. (*Archives générales de médecine*, 1^{er} série, t. XXVII, année 1831, p. 282).
- Schwarzwall.** — *Zentralbl. f. Gynak*, 1924, XLviii, 2.287.
- Schweitzer.** — Bernhard : *Zentralbl. f. Gynak*, 1918, XL ii, 25.
- Siredey.** — De la fréquence des altérations des annexes de l'utérus dans les affections dites utérines. (*Thèse de Paris*).
- Smith, Richard (R.) and Butler, William (V.).** — *Am Journ. Obst. and Gynec.*, 1921.
- Stark.** — *Journ. Obst. and Gynec.* Brit Empire 1911, XIX, 258.
- Storer.** — Bilatéral torsion of the Fallopian tube. (*Boston M. et J. J.*, 106).
- Terrillon.** — 2^e Congrès français de Chirurgie, in *Revue de Chirurgie*, 1887.
- Turner.** — *Edim. med. J.* 1860-61, vol. VI, part. II, p. 698.

Vasseur. — Amputations spontanées de la trompe et du pédicule ovarien. (*Thèse de Paris*, 1927, n° 7).

Veit. — *Handbuch der Gynakologie.*

Vernié. — *Thèse de Paris*, 1911.

Vincent. — Kyste de l'ovaire à pédiculé tordu et rompu. (*Lyon médical*, 10 février 1901).

Wassilieff. — Essai clinique sur les salpingites syphilitiques. (*Journal de Médecine de Paris*, 1904, 2^e s., XVI, 284-445).

Wells (J. J.) (New-York). — Volvulus de la trompe de Fallope. (*The journal of the American medical Association*, vol. LXXXIII, n° I, 5 juillet 1924, p. 30-31).
